Rok XLV. Kraków 28 Lipca 1906. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jag. w Krakowie pod kierownictwem prof. W. Jaworskiego.

O leczniczem działaniu surowicy Römera w włóknikowem zapaleniu płuc.

Napisał

Dr Erwin Mięsowicz

asystent kliniki.

Römer (1) ogłosił w r. 1902 rozprawę o odporności ustroju wobec dwoinek zapalenia płuc i o surowicy uodporniającej przeciw tym drobnoustrojom. W rozumowaniach swoich rozwija Römer następujące poglądy: Samowyleczenie się ustroju w przebiegu zakażeń dwoinkami zapalenia płuc polega na wytwarzaniu się bakteryobójczych niweczników (*Antikörper*). Surowica przeciwpneumokokowa musi więc, — jeżeli ma być skuteczną, posiadać własności bakteryobójcze, a nie antytoksyczne.

To zaś bakteryobójcze działanie surowicy, przebiega podług teoryi Ehrlicha w ten sposób: Swoiste substancye ochronne (*Immunkörper*) surowicy łączą się z jednej strony z komórką bakteryi, z drugiej zaś z substancyami dopełniającemi *(Complement)*, już poprzednio wytworzonemi w ustroju. Przez takie łączenie się swoistej substancyi ochronnej (*Amboceptor*) działają substancye dopełniające (komplementy) litycznie na bakterye. Z tego powodu więc i substancye ochronne swoiste (*Immunkörper*) i dopełniające (*Complement*) są dla skutecznego bakteryobójczego działania surowicy nieodzownie potrzebne. Sztucznie wprowadzać możemy do ustroju z surowicą tylko substancye ochronne; — substancye dopełniające wytwarza sam chory ustrój. W rzeczywistości więc działanie substancyi ochronnych zależne jest od obecności substancyi dopełniających w ustroju. Jednakowoż nawet przy obecności substancyi ochronnej i dopełniającej możemy nie uzyskać — mimo wprowadzenia surowicy — działania bakteryolitycznego. Wydarzy się to zaś wówczas, jeżeli obie te substancye nie łączą się ze sobą. Przyczyny tego zjawiska należy upatrywać w tem, że wstrzykiwanie bakteryi jednego gatunku zwierzętom rozmaitych gatunków wywołuje wytwarzanie się różnych amboceptorów. Amboceptory zaś, wytwarzane w ustroju jednego gatunku, mogą się wprawdzie uzupełniać komplementami drugiego gatunku, lecz mogą nie łączyć się wcale z komplementami, wytworzonymi w trzecim gatunku. Im zatem więcej różnych amboceptorów będzie posiadać surowica, — tem łatwiej napotka w ustroju odpowiadające jej komplementy.

Swoistość substancyi ochronnej może być nadto tak dalece zależną od szczepu bakteryi, którym zwierzę uodporniano, że wytworzone amboceptory nie łączą się z komórkami bakteryi, choćby tego samego gatunku a innego szczepu By więc mieć największe prawdopodobieństwo łączenia się amboceptorów, zawartych w surowicy, z szczepami bakteryi tego samego gatunku, napotykanymi w chorobie, — należy zwierzę uodporniać rozmaitymi szczepami chorobotwórczych bakteryi.

W celu uzyskania takich warunków wytwarza Römer surowicę, która jest mieszaniną surowicy, uzyskanej z krwi koni, bydła i baranów uodpornianych najrozmaitszymi szczepami dwoinek zapalenia płuc. Surowica jego jest zatem wielochronną (*polyroalent*) w dwojakiem znaczeniu, — bo posiada substancye uodporniające, mogące się łączyć nietylko z rozmaitemi substancyami uzupełniającemi, lecz także z różnymi szczepami dwoinek zapalenia płuc.

Surowicę Römera stosowali pierwotnie Römer, Axenfeld i Krükmann (2, 3) we wrzodzie pełzającym rogówki, — a korzystne wyniki, uzyskane przez nich w tej chorobie, nasuwały myśl zastosowania jej i w innych chorobach, wywołanych przez dwoinki zapalenia płuc, a więc w pierwszym rzędzie we włóknikowem zapaleniu płuc.

Pierwsze usiłowania leczenia włóknikowego zapalenia płuc surowicami uodporniającemi sięgają jeszcze roku 1891. W tym to czasie F. i G. Klemperer (4), oraz Emmerich i Fowitzki (5) ogłosili swe prace o seroterapii w zakażeniach dwoinkami zapalenia płuc. W kilka lat później (1898) rozpoczął Pane (6) we Florencyi wyrabiać surowicę przeciwpneumokokową ze krwi osłów. Wyniki tych doświadczeń są najrozmaitsze, niekiedy wprost sprzeczne. Nie dziw więc, że ukazanie się nowej surowicy przeciwpneumokokowej zachęcało do zbadania jej działania w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc.

Spostrzeżenia nad leczeniem włóknikowego zapalenia płuc surowicą Römera ogłosili dotychnzas Römer (7), Pässler (8), Krauth (9), Lindenstein (10), Winckelmann (11) i Tauber (12). Spostrzeżenia te dotyczą razem 60 przypadków włóknikowego zapalenia płuc, a zapatrywania, przedstawione w tych pracach dadzą się w krótkości w ten sposób streścić. Wyniki lecznicze Römera są niepomyślne. Pässler dochodzi w obszernej rozprawie o leczniczem działaniu surowicy Römera, na podstawie 24 przypadków zapalenia płuc, leczonych tą surowicą, do wniosku, że surowica ta nigdy nie działa szkodliwie, że posiada własności lecznicze, aczkolwiek niepewne i że powinna być stosowaną w przypadkach ciężkiego zakażenia, a szczególniej wtedy, jeżeli ilość krwinek białych poczyna się zmniejszać

jeszcze w okresie trwania choroby. Również radzi ją stosować jak najwcześniej u osób ze zmniejszoną odpornością, jak u starców, opilców, chorych na serce. Nie zaleca zaś używania tej surowicy we wszystkich bez wyjątku przypadkach. Zdaniem Pässlera najwięcej przemawiają za leczniczem działaniem surowicy Römera te przypadki, w których przebieg choroby, bezpośrednio groźny dla życia, po wstrzyknięciu surowicy szybko się polepszył. Spostrzeżenia Krautha, Lindensteina, Taubera potwierdzają wyniki Pässlera, a nawet w niektórych przypadkach są pomyślniejsze. Winckelmann ani co do podmiotowego uczucia chorych, ani co do poprawy w czynności narządu krążenia nie potwierdza pomyślnych spostrzeżeń poprzednich autorów, a co do wyleczenia ciężkich przypadków, w których już wystąpił obrzęk płuc, to wyleczenie przypisuje nietylko zastosowaniu surowicy, lecz i innym, równocześnie stosowanym środkom.

Wobec tego, że możliwość swoistego leczenia tak częstej, a ciężkiej choroby, jaką jest włóknikowe zapalenie płuc miałaby doniosłe znaczenie — i wobec po części pomyślnych, a po części wątpliwych, dotąd już uzyskanych wyników leczniczych, — postanowiłem zbadać w kilku przypadkach włóknikowego zapalenia płuc w klinice lekarskiej krakowskiej lecznicze działanie surowicy Römera.

Używałem surowicy, wyrabianej przez fabrykę E. Mercka w Darmstadzie. Fabryka ta dostarcza surowicy w ampułkach szklanych po 5 cm.³ w cenie przeszło 5 mk. za ampułkę.

(Dok. nast.)

Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O znaczeniu klinicznem „neutrofilnego obrazu krwi", ze szczególnem uwzględnieniem stosunków w wieku niemowlęcym.

Podał

Dr Tadeusz Żeleński,

asystent kliniki.

(Według odczytu wygłoszonego w krakowskiem Towarz. lekarskiem dnia 28 marca 1906 roku)

(Ciąg dalszy.)

W dawniejszych moich poszukiwaniach, tam gdzie chodziło o ilościowe określenie myelocytów we krwi niemowlęcej, używałem wyłącznie trójbarwika Ehrlicha, gdyż on jeden pozwala zupełnie pewnie odróżnić najmłodsze postacie ciałek szpiku kostnego. Tu jednak, gdzie chodzi o badanie ogólnych stosunków postaciowych ciałek neutrofilnych, nie widzę żadnych korzyści w użyciu trójbarwika, gdyż mamy barwiki, które barwią naogół ziarninę neutrofilną równie dobrze i pewnie, a przy użyciu których zarazem i jądra występują niezmiernie wyraźnie i intenzywnie. Z tych powodów posługiwałem się przeważnie mieszaniną eozyny i błękitu metylenowego w wyskoku metylowym podług May-Grünwalda, która te właśnie zalety posiada. Przy tym sposobie barwienia przeglądanie preparatów i klasyfikowanie ciałek odbywa się znacznie łatwiej i szybciej, podczas gdy przy barwieniu trójbarwikiem jest ono wskutek bladego zabarwienia jąder tak dla oka nużące, iż odbywa się jedynie zwolna i z wielkim mozołem, aż wreszcie po pewnym czasie zmęczone oko łatwo może ulegać złudzeniom. To też trójbarwikiem posługiwałem się tylko dla badań porównawczych. Barwienie użytym przezemnie sposobem ma jeszcze i tę zaletę, że pozwala spostrzegać wiele odcieni w sposobie barwienia się samej ziarniny, które to odcienia przy barwieniu trójbarwikiem nie występują.

Ponieważ przy barwieniu eozyną — błękitem wspomniane poprzednio niteczki chromatynowe występują bardzo wyraźnie, zatem, ażeby pozostać na gruncie badań Arnetha, należało nitki te przy klasyfikacyi pomijać. Tak samo postępowali Flesch i Schossberger.

Obliczenia odsetkowe robiłem na 100—200 ciałkach, co tutaj zupełnie wystarcza, aby wyłączyć przypadkowe wahania.

Pierwszem staraniem było zbadanie samych własności postaciowych neutrofilnej białej komórki i przekonanie się, o ile własności te dają podstawę do ocenienia okresów jej naturalnego rozwoju. Ażeby rozwój ten objąć w całości jego przejawów, musimy wziąść na uwagę nietylko krew osób zdrowych, lecz i różne stany chorobowe, zwłaszcza we krwi niemowlęcej. Wskazanem jest również nie ograniczać się do jednego sposobu barwienia, lecz posługiwać się porównawczo różnymi barwikami, gdyż każdy uwydatnia pewne odrębne własności jądra i ziarniny komórki. Zestawiając wszystkie napotykane typy neutrofilnej komórki w jeden szereg, widzimy w szeregu tym dwie krańcowe postacie, niejako dwa bieguny całego rozwoju. Jednym jest t. zw. ciałko szpiku kostnego, myelocyt, drugim ciałko wielojądrzaste bądź w dosłownem rozumieniu tego słowa, t. j. posiadające kilka zupełnie oddzielnych jąder, bądź też (częściej) tylko pozornie wielojądrzaste, gdyż o kilku jądrach, pospajanych bardzo cienkiemi nitkami. Pomiędzy tymi dwoma biegunami mieści się szereg postaci, które różnią się od siebie przedewszystkiem zachowaniem się jądra, a które przechodzą stopniowo jedne w drugie bez ostrzejszej granicy. Część tych okresów rozwoju przechodzi komórka neutrofilna w warunkach fizyologicznych jeszcze zanim do krwi się dostanie, tak, iż we krwi zdrowego człowieka ich nie spostrzegamy; natomiast możemy spotkać się z nimi w rozmaitych stanach chorobowych.

Jeżeli chodzi o ocenienie wieku i stopnia rozwoju poszczególnych ciałek, to badania krwi zdrowych i chorych niemowląt przekonują nas, iż ilość jąder nie jest jedyną wskazówką, rzucającą światło na rozwój komórki neutrofilnej i jego okresy. Wskazówek takich mamy kilka:

1) Wielkość ciałka. Na ogół ocenianie wielkości ciałka zbyt dużego znaczenia nie posiada, chociażby dlatego, iż znaczenie ma tutaj przypadkowa grubość preparatu w danem miejscu; im krew rozciągnięta w cieńszej warstewce, tem ciałka wydają się większe i naodwrót. Pomimo to jednak, nawet po uwzględnieniu tych technicznych warunków, liczne badania porównawcze krwi niemowlęcej przekonały mnie, iż z wielkości danego ciałka możemy nieraz wysnuć pewne wnioski o okresie rozwoju, w jakim się ono znajduje: mianowicie komórki młode, bliskie myelocytów, są naogół znacznie większe, niż starsze, dojrzalsze postacie.

2) Zachowanie się ziarniny względem barwików. Znamienne to zachowanie się nie występuje przy barwieniu trójbarwikiem kwaśnym, natomiast można je stwierdzić wyraźnie, używając mieszaniny eozyny i błękitu metylenowego.

Mianowicie w pierwszych okresach rozwoju ziarnina neutrofilnego ciałka białego posiada pewne powinowactwo do barwików zasadowych. Dotyczy to głównie grupy myelocytów, jednakże powinowactwo to może się jeszcze utrzymywać w grupach W i T, a nawet w klasie II. Jednakże wówczas również i jądro posiada cechy i rysunek, właściwy młodym postaciom, o czem zaraz będę mówił.

3) Cechy jądra. We krwi zupełnie zdrowego człowieka stwierdzamy, iż jądro neutrofilnych ciałek bez względu na to, czy składa się z jednego, czy więcej odcinków, posiada pewne typowe cechy. Jest ono jakby pokurczone, zajmuje w stosunku do ziarniny ciałka niewielką przestrzeń, pętle jego o nieregularnym zarysie są powyginane, w wielu miejscach przewężone, niekiedy jakby pączkujące i barwią się błękitem metylenowym silnie granatowo. Inaczej we krwi, chorobowo zmienionej, zwłaszcza niemowlęcia: tutaj pojawiają się postacie o innych cechach, o jądrze szerszem, którego kontur posiada rysunek bardzo prosty, a zabarwienie jest znacznie bledsze. Typ ten najliczniej spotyka się w grupie T; ciałka mają wówczas postać prostej szerokiej podkowy, bardzo zbliżonej do grupy W. Jednakże i w klasie II mogą być te postacie dość liczne. Kształt i zabarwienie tych jąder nadaje obrazowi neutrofilnemu krwi cechę bardzo znamienną tak, iż jednym rzutem oka możemy ocenić, iż mamy tu znaczne odchylenie od typu prawidłowego. Wspomniałem poprzednio, iż nierzadko ziarnina takich postaci ma pewne powinowactwo do barwików zasadowych, którego to powinowactwa brakuje zawsze ziarninie ciałek o jądrze wybitniej zróżniczkowanem i silniej zabarwionem bez względu na to, czy jest jedno, czy też rozpada się na kilka części.

4) Wreszcie ilość jąder. Do punktu tego powrócę, omawiając schemat Arnetha.

Rozwój zatem byłby następujący. Jeżeli zwrócimy uwagę na najmłodszą postać myelocyta, postać, której Pappenheim nadaje nazwę promyelocyta, to posiada on następujące cechy: wielkość jego przewyższa rozmiary t. zw. wielojądrzastej neutrofilnej komórki; ziarnina skąpa barwi się blado przy użyciu trójbarwika, okazuje wyraźny ślad barwienia się zasadowo przy użyciu eozyny-błękitu; jądro duże, blade, o prostym konturze, wypełnia znaczną część ciałka. Myelocyt ten, dojrzewając, przebywa stopniowy rozwój w ten sposób, iż wszystkie jego cechy ulegają znacznym przeobrażeniom: rozmiary ciałka maleją, ziarnina staje się gęstszą, silniej się barwi, traci swoje bazofilne powinowactwo, jądro wpukla się, wydłuża, wygina, kurczy, przybiera silniejsze zabarwienie, coraz więcej różniczkuje się, wreszcie dzieli i rozpada na kilka zupełnie odrębnych części, czem przechodzi w ostatni okres rozwoju. Stopniowe przeobrażenie tych poszczególnych cech może odbywać się w rozmaitych stanach chorobowych, przyczem może powstać ogromne bogactwo typów i odcieni.

Nie ulega wątpliwości, iż przemiany te są wyrazem stopniowego dojrzewania, czy też starzenia się komórki. Pod tym względem zapatrywania autorów na znaczenie myelocyta, jako niedojrzałej komórki neutrofilnej, są zgodne; jak poprzednio wskazałem, możemy śledzić we krwi wszystkie tego dojrzewania stopnie i okresy. Zapatrywanie, — odosobnione zresztą, — wyrażone w ostatnim czasie przez Hillera przy sposobności badań, sprawdzających wyniki Arnetha, jakoby większe lub mniejsze zróżniczkowanie jądra było jedynie wyrazem ruchu ciałka, który w pewnych stanach chorobowych może uledz upośledzeniu, czy porażeniu, uważam, opierając się na powyżej przytoczonych spostrzeżeniach, za mylne: jeżeli nie ograniczymy się do jednego sposobu barwienia i do badania samego tylko jądra, to widzimy, iż równolegle z różniczkowaniem się kształtu jądra, występuje szereg powyżej omówionych zmian w całej komórce, zmian, które zjawiskiem ruchu w żaden sposób wytłómaczyć się nie dadzą.

Po tych ogólnych uwagach nad własnościami postaciowemi komórki neutrofilnej omówię w krótkich słowach wzór Arnetha i wskażę, o ile i dlaczego uważałem zmianę podanego przez niego schematu w moich poszukiwaniach za wskazane.

Dotychczas w hematologii klinicznej obowiązującym był podział grupy neutrofilów na jednojądrzaste i wielojądrzaste. Przez pierwszą nazwę rozumiano wyłącznie myelocyty neutrofilne, — w drugą grupę z konieczności zmieścić było trzeba wszystkie inne postaci grupy neutrofilnej. W ostatnim czasie wielu autorów zmieniło nazwę „wielojądrzaste“ na „wielokształtne“ *(polymorphkernig)*, opierając się na tem, iż ciałko takie posiada zwykle jedno jądro, które tylko pozornie sprawia wrażenie kilku jąder. Zapewne, że ze względu na częstą obecność połączeń bardzo delikatnemi mostkami i nitkami nazwa „wielokształtny“ ściślej odpowiada może istotnym stosunkom, jednakże w zastosowaniu hematologii do celów klinicznych zmiana nazwy nie naprawi braków tego podziału, które leżą w jego zbytniej ogólnikowości. Przy tym podziale rozrywamy sztuczną granicą myelocyty od postaci, tymże myelocytom pod każdym względem pokrewnych, a stanowiących łagodne przejście do dojrzalszych i bardziej zróżniczkowanych komórek, z drugiej strony łączymy w jednę grupę typy, niezmiernie różne zarówno co do własności postaciowych, jak też co do znaczenia; jednoczymy postacie zupełnie prawidłowe z tworami, które już same przez się są wyrazem chorobowych odchyleń od typu prawidłowego. W pracy Arnetha widzimy pierwsze usiłowanie zastąpienia tego niedostatecznego podziału wzorem, opartym na naturalnym rozwoju komórki neutrofilnej i uwzględniającym w szerokiej mierze znaczenie fizyologicznego porządku tego rozwoju i chorobowych w niem zaburzeń.

Jak widzimy wzór ten opiera się przedewszystkiem na ilości jąder, prócz tego uwzględnia kształt jądra w grupie I, zaś w grupach następnych określa bardzo szczegółowo stosunek odcinków jądra okrągłych do podłużnych (K do S).

Co do ilości jąder, to poprzednio wskazałem, iż nie jest ona jedyną wskazówką do ocenienia okresu rozwoju, w jakim dane ciałko się znajduje; chodzi o to, czy ta ilość jąder może być zużytkowana jako prawdziwy i istotny wyraz rozwoju komórki neutrofilnej. Porównując stosunki, zachodzące co do ilości jąder, z innemi, omawianemi poprzednio cechami, doszedłem do przekonania, iż w każdym razie wyrazu tego nie można brać zupełnie dosłownie w tem znaczeniu, iż każde ciałko klasy II jest starsze od ciałka z klasy I, każde ciałko z klasy III starsze od ciałka z klasy II i t. d. Niewątpliwie dążenie do coraz większego różniczkowania się jądra i ostatecznego podziału na kilka oddzielnych części jest cechą dojrzewania komórki neutrofilnej; różniczkowanie to jednak może postępować różnemi

drogami. Niejednokrotnie widzimy ciałka o jądrze wybitnie zróżniczkowanem, na którem pojedyncze odcinki siedzą jakby pączki na gałązce, stanowiąc jednak jedną nieprzerwaną całość. Nie ulega wątpliwości, iż ciałko takie, chociaż — biorąc mechanicznie — należy do klasy I (zatem młodej), znajduje się w daleko posuniętym okresie dojrzałości i może być co do stopnia rozwoju niewątpliwie starszem od jakiejś postaci z grupy n. p. II, o dwóch, stosunkowo prostych odcinkach. Przy sposobie barwienia, użytym przez Arnetha (trójbarwik Ehrlicha), błąd ten wyrównywał się poniekąd sam przez się drugim błędem, w tym razie korzystnym, — a mianowicie tem, iż owo silnie zróżniczkowane jądro wywołuje nieraz przy barwieniu trójbarwikiem złudzenie kilku oddzielnych jąder: — ciałko takie zaliczał zatem Arneth do grupy wyższej, gdzie mu się „z wieku i z urzędu“ istotnie miejsce należy. Pomimo tej pewnej nieścisłości, jak również pomimo tego, iż przeprowadzenie granicy, według której dane ciałko zaliczyć należy do tej lub owej grupy, niezawsze jest zupełnie łatwe i mieści w sobie pewien pierwiastek dowolności, — biorąc rzecz w szerszych granicach, ilość odcinków jądra w komórkach wielojądrzastych, a kształt tego jądra w jednojądrzastych odpowiada dość ściśle okresom naturalnego rozwoju komórki; ponieważ zaś ze wszystkich wyszczególnionych cech najbardziej nadaje się do schematycznego ujęcia, zatem w zupełności zasługuje na zastosowanie. Wielką zaletą wzoru Arnetha jest to, iż przy jego pomocy możemy stwierdzić i określić zmiany we krwi nawet wówczas, gdy nie pojawiają się w obrazie żadne postacie, któreby były same przez się chorobowe: metoda Arnetha daje nam zatem możność wyśledzenia zboczeń w neutrofilnym obrazie krwi, który według dawniejszych metod badania musiał być uważany i oznaczany jako zupełnie prawidłowy. Tę wielką korzyść wzoru Arnetha należy z naciskiem podkreślić.

Za szczególnie ważne jednakże uważałbym zwracanie uwagi na grupy z klasy I; ilość komórek, zbliżonych cechami do myelocyta i stopień ich zbliżenia do tych postaci stanowi, jak to później jeszcze omówię, wierne odbicie całości zmian neutrofilnego wzoru, a ma tę korzyść, iż klasyfikacya tych postaci da się przeprowadzić bardzo ściśle i bez wszelkiej dwuznaczności, jaka w rozgraniczaniu dalszych grup jest niekiedy nieunikniona. Dlatego godząc się w zasadzie na wzór, podany przez Arnetha, zaznaczyłem, iż uważam w nim za potrzebne pewne zmiany. Wzór ten jest w pewnym kierunku zbyt drobiazgowy, w innym znowu — przynajmniej o ile mnie stosunki krwi niemowlęcej przekonały — zbyt ogólnikowy. Za zbytnią szczegółowość, nadającą cechy niepotrzebnej zawiłości wzorowi Arnetha, uważałbym drobiazgowe oddzielanie stosunku odcinków S i K, zwłaszcza w klasach wyższych. Nie sądzę, aby to, czy ciałko n. p. z grupy IV odpowiada poddziałowi 2K2S lub 3SK lub 3KS i t. p., posiadało jakieś większe znaczenie lub uprawniało do jakichkolwiek wniosków; natomiast, przestrzegając tego rozgraniczenia wprowadzamy w poszczególne klasy szeregi rubryk, które utrudniają przegląd wzoru. Również stosunkowi grupy 2S do SK i t. d. nie przypisywałbym ważniejszego znaczenia, jak to czyni Arneth, jednakże podział ten w klasie II i III dla dokładności zachowałem, pomijając go dopiero począwszy od klasy IV.

Zbyt ogólnie określoną natomiast wydaje mi się we wzorze Arnetha grupa T, obejmująca postacie co do cech swych i znaczenia bardzo różne. W grupie tej zmuszeni bylibyśmy mieścić zarówno postacie o jądrze silnie wpuklonem, lecz prostym konturem i zachowaniem się jądra i ziarniny względem barwików zbliżone do grupy W, a nawet M, — jak również komórki o jądrze silnie zróżniczkowanem i ogólnych cechach, każących je stawiać dość blizko okresu zupełnej dojrzałości. O możności zróżniczkowania grupy T na 2 lub nawet 3 poddziały wspomina Arneth, jednakże podziału tego nie przeprowadza; prawdopodobnie stosunki we krwi dorosłych tego nie wymagały. Jednakże we krwi niemowlęcej, chorobowo zmienionej, grupa T odgrywa, — jak to zobaczymy, — rolę tak przeważającą, iż nieraz prawie wszystkie komórki neutrofilne się w niej mieszczą; schodzą się tu przytem postacie tak różnororodne, iż wymaga ona koniecznie szczegółowszego podziału. Rozdzieliłem zatem postacie, mieszczące się u Arnetha w grupie T, na 2 działy. Jeden oznaczyłem literą T z dopiskiem e *(Tief eingebuchtet, einfach)*; tu mieszczą się postacie, znajdujące się w okresie rozwoju wczesnym, blizkim grupy W: są one zwykle większe, o ziarninie bladej, skąpej, z powinowactwem bazofilnem; o jądrze bladem, dużem, wpuklonem zwykle nakształt podkowy o prostym konturze. Drugi dział I z dopiskiem d *(Tief eingebuchtet, differenziert)* obejmie natomiast ciałka o jądrze jednem węższem, dłuższem, silniej zabarwionem, mniej lub więcej wyraźnie zróżniczkowanem z zaznaczonymi śladami przyszłego podziału: takie, jakie we krwi prawidłowej spotykamy, lub ich bardzo blizkie. Wprowadzenie tego poddziału pozwala nam oddzielić ściślejszą granicą postacie jeszcze prawidłowe od tworów, już jako takie poniekąd chorobowych; w podziale Arnetha granica ta przebiegała wewnątrz grupy I.

Zapoznawszy się w ten sposób z własnościami postaciowemi komórki neutrofilnej, przystąpiłem do rozpatrzenia odpowiednich stosunków we krwi prawidłowej. W tym celu zbadałem obraz krwi u osób zdrowych dorosłych, dzieci w różnym wieku i wreszcie u zdrowych niemowląt. Stosunki, spotkane we krwi prawidłowej, nasuwają następujące uwagi: Wszystkie ciałka neutrofilne, spotykane tutaj, bez względu na to, do której z klas należą, posiadają pewne wspólne cechy. Ziarnina ich jest gęsta, wyraźnie neutrofilnie zabarwiona, jądro barwi się błękitem silnie granatowo, jest jakby pokurczone, poprzewężane, okazujące skłonność do podziału, niekiedy rozpadłe na pojedyncze człony. To zróżniczkowanie jąder, mniej lub więcej wybitne, jednak wszędzie widoczne, jest głównym wyrazem pewnej dojrzałości ciałek i przy niejakiej wprawie pozwala już na pierwszy rzut oka obraz krwi jako prawidłowy lub zbliżony do prawidłowego rozpoznać. Pod względem ilości członów, z jakich jądro się składa, znalazłem zgodnie z tem, co podaje Arneth, dość dokładną prawidłowość tak, iż we krwi zdrowych osób stale pewna ilość ciałek należy do klasy I, II, III i t. d. Oczywiście nawet w fizyologicznych warunkach równowaga ta waha się w dość szerokich granicach. Kresem, po za który obraz krwi prawidłowej się nie przesuwa, jest grupa Td: grupy M, W i Te właściwe są już stanom chorobowym. Wiek osobnika nie ma wpływu na typ neutrofilnego obrazu; nawet krew niemowląt przedstawia w zasadzie wzór ten sam, co krew dorosłych, jakkolwiek ma pewne właściwości odrębne, do których jeszcze powrócę.

Widzimy zatem, iż pojęcie nasze o fizyologicznym stanie ustroju człowieka wzbogaciło się o jednę nową cechę, a jest nią prawidłowy neutrofilny obraz krwi. Obraz ten jest wskaźnikiem bardzo czułym stanu zdrowia: — nie w tem znaczeniu wprawdzie, aby każda sprawa chorobowa musiała wywołać w obrazie tym zaburzenie; przeciwnie, istnieją rozmaite sprawy chorobowe, nie mające na neutrofilny wzór żadnego wpływu, lub też bardzo mały. Jeżeli jednak we krwi człowieka rzekomo zdrowego napotkamy wyraźne przesunięcie neutrofilnego obrazu, wówczas mamy prawo przypuszczać albo przebytą świeżo sprawę chorobową, a mówiąc ściślej zakaźną, lub też utajoną jeszcze i nie dającą innych, dających się stwierdzić objawów. Tak n. p. badałem krew jednego z posługaczy szpitalnych, 18-letniego chłopca, który podawał się jako zupełnie zdrowy i którego krew chciałem zużytkować do ocenienia stosunków prawidłowych. Zmiany, jakie znalazłem w neutrofilnym obrazie krwi, przekonały mnie, iż człowiek ten zupełnie zdrowym być nie może: i rzeczywiście ściślejsze wywiady i szczegółowe badania dowiodły, iż przebywał on niedawno zapalenie ucha środkowego. W innym przypadku badałem krew 5-letniego chłopca, u którego również spodziewałem się znaleźć stosunki zupełnie prawidłowe: zmiany, znalezione w neutrofilnym obrazie, nasunęły mi pierwsze przypuszczenie utajonej gruźlicy, co później zupełnie się potwierdziło. Nie przeceniając przeto praktycznego znaczenia, jakie badania takie w przyszłości w danych okolicznościach zyskać mogą, muszę stwierdzić, iż poznanie własności postaciowych neutrofilnej komórki wzbogaciło kliniczne nasze pojęcie o fizyologicznym stanie ustroju człowieka o jeden nowy i ważny szczegół.

Z kolei starałem się zapoznać z mechanizmem zaburzeń, jakim obraz neutrofilny podlega w rozmaitych stanach chorobowych. W tym celu zbadałem krew w większej liczbie różnych przypadków chorobowych, powtarzając nieraz kilkakrotnie badanie to u jednego i tego samego chorego. W kilku przypadkach miałem sposobność zbadać neutrofilny obraz krwi danego chorego jeszcze przed rozpoczęciem się choroby i porównać go ze zmianami, przez sprawę zakaźną wywołanemi. Ogółem, zgodnie z Arnethem, stwierdziłem, iż wspólną cechą zmian i zaburzeń, wywołanych w obrazie neutrofilnym krwi różnymi czynnikami, jest przesunięcie tego obrazu na lewo ku prostszym, młodszym postaciom, a główne różnice w poszczególnych obrazach polegają na stopniu tych zmian. Stosownie do tego stopnia zmiany te mogą być dwojakie: albo tylko ilościowe, albo także jakościowe. Przez ilościowe zmiany rozumiem neutrofilny obraz krwi, w którym wszystkie spotykane postacie znajdują się jako takie i we krwi zdrowych osób, jednakże stosunek poszczególnych klas jest mniej lub więcej zmieniony, najczęściej w ten sposób, iż klasy wyższe przerzedzają się lub znikają, natomiast grupy młodsze, mniej zróżniczkowane, pojawiają się liczniej. Zmiany jakościowe mamy wówczas, jeżeli nietylko stosunek poszczególnych klas jest zmieniony, ale i cechy komórek, a przynajmniej pewnej ich liczby, są przekształcone w sposób, nadający im znamiona młodszych niedojrzałych postaci. Wyższym stopniem zmian tych jest pojawienie się tworów, we krwi prawidłowej niespotykanych, mających zatem same przez się znaczenie chorobowe.

Najdogodniejszym terenem do śledzenia tych stosunków są oczywiście sprawy zakaźne, zwłaszcza ostre. W tych sprawach mamy do czynienia z gwałtownem wtargnięciem do ustroju czynników chorobotwórczych: tu też spotykamy najwybitniejszy odczyn ciałek białych, jako wyraz energicznej samoobrony ustroju. Arneth znalazł przesunięcie wzoru neutrofilnego mniej lub więcej wybitne we wszystkich chorobach zakaźnych z wyjątkiem tężca, w którym aż do chwili zejścia śmiertelnego obraz krwi nie zmienił się. Ten wynik badań krwi w tężcu rzuca bardzo ciekawe światło na mechanizm zakażenia tężcowego; dowodzi on, iż neutrofilnym ciałkom białym, tym naturalnym czynnikom obronnym ustroju, brak zupełnie powinowactwa do jadu tężcowego; a rola, która zwykle przypada ciałkom białym, zdaje się w tym razie spadać na ośrodkowy układ nerwowy, który, jak wiadomo, wiąże jad tężcowy niezmiernie silnie. Tego odosobnionego spostrzeżenia nie miałem sposobności potwierdzić dla braku materyału; natomiast badałem przypadki prawie wszystkich innych chorób zakaźnych i otrzymałem wyniki, w ogólnych zarysach zgodne ze spostrzeżeniami Arnetha. Nie we wszystkich chorobach zakaźnych odczyn jest równie silny: tak n. p. w nagminnem zapaleniu opon jest on bardzo nieznaczny, natomiast w innych sprawach chorobowych nawet przy lekkim przebiegu (n. p. w odrze) bywa bardzo wybitny. Ta różnica siły odczynu jest główną różnicą, jaka zachodzi tutaj pomiędzy rozmaitymi typami chorób, lub pomiędzy poszczególnymi przypadkami chorobowymi; upatrywanie poza tem jakichś cech swoistych w mechanizmie samego odczynu należy mojem zdaniem przyjmować z wielką ostrożnością.

Przechodząc do stosunków we krwi niemowlęcej, które mnie tu głównie zajmowały, muszę się powołać na dawniejsze, badania[5]) wykonane przed dwoma laty przy pomocy dra Cybulskiego, z których zdawałem już w „Przeglądzie lekarskim“ sprawę, a które stanowią pierwsze systematyczne opracowanie sprawy pojawiania się myelocytów we krwi niemowlęcej.

Już wówczas zaznaczyłem wyraźnie, iż krew niemowlęca ze względu na swą łatwość i siłę odczynu zajmuje w tym kierunku miejsce zupełnie odrębne. Pojawianie się tych postaci, które we krwi osób dorosłych, nawet w ilości bardzo skąpej, uważanem jest za objaw rzadki i prognostycznie bardzo poważny, w wieku niemowlęcym jest rzeczą bardzo pospolitą tak, iż na 157 badanych chorych dzieci znajdowały się ciałka szpiku kostnego 97 razy. Wskazałem, iż częstość pojawiania się tego odczynu zależy w znacznym stopniu od wieku dziecka; u dzieci poniżej 2 miesięcy poszukiwanie wypadło 28 razy dodatnio, a tylko 3 razy ujemnie; u dzieci liczących od 2—6 miesięcy 18 razy dodatnio, 11 ujemnie i t. d. Zdolność zatem do tego odczynu najwybitniejszą jest w pierwszych tygodniach życia i z wiekiem stopniowo maleje.

W zestawieniu z poprzednio omówionemi spostrzeżeniami sprawa pojawiania się ciałek szpiku kostnego w obrazie krwi zyskuje na nowem, a zajmującem oświetleniu. Już przy ówczesnych badaniach miałem sposobność wskazać na częstość występowania we krwi chorych dzieci, obok odczynu ciałek szpiku kostnego lub bez nich, postaci przejściowych pomiędzy myelocytem, a t. zw. ciałkiem jądrzastem, których

[5]) O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej. („Przegląd lekarski“, 1904, Nr 27—30).

to postaci nie spotyka się we krwi osób zdrowych. Już wówczas też stałem na tem stanowisku, iż myelocyt nie jest jakimś ściśle odgraniczonym tworem postaciowym, — lecz poprostu komórką neutrofilną w jej najwcześniejszym okresie rozwoju. Obecnie powyżej przytoczone spostrzeżenia uprawniają nas tem bardziej do przypuszczenia, iż pojawianiu się myelocytów towarzyszyć będą ciężkie zaburzenia w ogólnym neutrofilnym obrazie krwi, których to zaburzeń stanowi obecność ciałek szpiku kostnego jedynie najjaskrawszy wyraz. Dlatego też częstość i obfitość, z jaką myelocyty we krwi niemowlęcej miałem sposobność stwierdzić, pozwalały mi przypuszczać, iż dla badania ogólnych stosunków neutrofilnego obrazu krew niemowlęca stanowić będzie odrębny i zajmujący teren.

Najpierw kilka słów o stosunkach u zdrowych niemowląt. Wspomniałem powyżej, że już krew zdrowych niemowląt posiada pewne odrębne właściwości. W zasadzie nie różni się ona wprawdzie od krwi dzieci starszych lub osób dorosłych: na znaczniejszej ilości zdrowych niemowląt stwierdziłem, iż stosunek poszczególnych klas między sobą jest w główuym zarysie ten sam, również jak cechy komórek i ich jąder. Jednakże skądinąd niejednokrotnie spotkać możemy dziecko zupełnie zdrowe, lub, mówiąc ściślej, takie, u którego nie można znaleźć żadnych podstaw do przypuszczenia jakiejś choroby, a którego neutrofilny obraz krwi jest w znacznym stopniu zamącony. Tak n. p. u 3-tygodniowego dziecka, karmionego piersią, przyniesionego do szpitala przez matkę wieśniaczkę jedynie z powodu nadliczbowego palca u ręki, znalazłem na 100 komórek neutrofilnych 8 M 9 W; wogóle cały wzór zmieniony tak ilościowo, jak i jakościowo tak znacznie, jak we krwi osób dorosłych spotyka się mało kiedy, nawet w ciężkich chorobach. Podobnie, choć nie w tym stopniu, zmieniony był wzór neutrofilny u 3-miesięcznego dziecka, karmionego piersią, przyniesionego przez matkę jedynie dla podcięcia więzadełka języka. Spostrzeżenia te zgodne są ze spostrzeżeniami, podanemi poprzednio, iż we krwi nawet zdrowego dziecka w pierwszych kilkunastu tygodniach można znaleźć niekiedy myelocyty.

Na podstawie tych i podobnych przykładów mogę stwierdzić, iż cechą krwi niemowlęcej jest to, że prawidłowy porządek neutrofilnego obrazu, jakkolwiek w zasadzie nie różniący się od obrazu u dorosłych, znajduje się niejako w *równowadze bardzo chwiejnej*, to znaczy, iż bez przyczyny lub, mówiąc ściślej i bardziej prawdopodobnie, wskutek przyczyn, uchodzących skądinąd naszemu spostrzeganiu, spotkać możemy w obrazie krwi niemowlęcej zmiany, niekiedy nawet bardzo daleko idące. (Dok. nast.)

Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu.

Napisał

Dr Adolf Wątorek.

(Dokończenie).

Widzimy w tych przypadkach, że kobieta wprawdzie w początku trzeciego okresu bardzo znacznie krwawi, jednak po jakimś czasie: bole okresowe usuwają z jamy trzonu większą część skrzepów, a macica naokoło popłodu, którego z jamy trzonu nie zdołała usunąć, obciska się jak gdyby naokoło sztucznie do jamy trzonu założonego tamponu. Ściągnięcie się trzonu *„niezupełne“* staje się na jakiś czas *„ustalone“*, a z tą chwilą zazwyczaj ustają wszelkie bole okresowe, a przynajmniej tracą wiele na sile, krwotok zaś ustaje niekiedy w zupełności, na czas mniej lub więcej długi, przy poronieniach niekiedy od kilku dni do trzech tygodni trwający. Ma się to wrażenie, że macica zachowuje się, jak gdyby w połogu.

Bez wyjątku atoli, czy wcześniej, czy później, na nowo zjawiają się silne bole okresowe, składniki macicy na nowo zostają wyrzucone z tymczasowo zajętej równowagi, na nowo wychodzi na jaw wada w ściąganiu się i na nowo zjawiają się groźne krwotoki. To powtarza się aż do skutku, t. j. aż do wydalenia treści trzonu macicy. Naturalnie, kobieta może tego końca nie doczekać, bo albo zginie z powodu silnych utrat krwi, albo też przy dłużej trwającym trzecim okresie, z powodu posocznicy, jeżeli wnętrze jamy macicy uległo zakażeniu.

Niebezpieczeństwo nie minęło w zupełności, skoro popłód opuścił już jamę trzonu. Przy poronieniach spostrzegać możemy, że przerwa w czynności porodowej ustaje bardzo często wtedy, gdy popłód zostaje wśród krwotoku wydalony do jamy dolnego odcinka i szyi. Dalszy przebieg klinicznie taki sam, jak wyżej podano, t. zn. po pewnym czasie spoczynku macicy występuje serya bolów okresowych, zjawia się mniej lub więcej obfite krwawienie, wśród którego ujście zewnętrzne macicy rozszerza się popłód wydostaje się do pochwy, skąd parciem niewiasty zostaje wydalonym na zewnątrz. Przypadki te, dłużej trwając, łatwo wywołują posocznicę, albowiem wobec blizkiego sąsiedztwa popłodu z pochwą, zawsze zawierającą bakterye, łatwo występuje rozkład gnilny popłodu. Przy porodach popłodów donoszonych, przypadku takiego, gdzieby popłód całkowicie wydalił się z trzonu w mechanizmie Dunkana i zalegał tylko dolny odcinek i szyję, osobiście nie spostrzegałem. Natomiast trafia się bardzo często, że gdy czynność porodowa na jakiś czas ustała, większa część popłodu jest już poniżej pierścienia skurczowego, w jamie dolnego odcinka, szyi i górnej części pochwy, a w trzonie macicy jest tylko górny brzeg łożyska z odpowiednią częścią błon. — Przy porodach bliźniaczych często spotykałem przypadki, gdzie jedno łożysko urodzone w mechanizmie Dunkana jest już w dolnym odcinku, szyi i pochwie, gdy drugie zalega w jamie trzonu całkowicie, ścianami macicy obciśnięte. — Przebieg, jak wyżej.

Rozpoznanie nieprawidłowego mechanizmu Dunkana polega: 1) na stwierdzeniu dotykiem w czasie przebiegu pierwszej fazy mechanizmu, iż zbitość macicy w czasie przerwy między bolami staje się tak wiotką, iż określenie jej granic napotyka na mniej lub więcej znaczne trudności; 2) na stwierdzeniu zapomocą mierzenia obecności większego krwawienia; wreszcie 3) wszelkie wątpliwości rozstrzygam badaniem wewnętrznem, uskutecznionem w sposób ściśle aseptyczny, w razie, gdy mimo upływu znaczniejszego czasu mam wszelkie dane po temu, aby przypuszczać obecność popłodu jeszcze w jamie trzonu.

Rokowanie dla matki w razie krwotoku zależy: 1) od siły krwawienia; 2) od stopnia wady w ściąganiu się; 3) od pobudliwości macicy na bodźce, wywołujące skurcze; 4) od sil osobnika; 5) od tego, czy istnieje bliznowate przyczepienie popłodu, wikłające wadę ściągania się; wreszcie 5) od mniej lub więcej odpowiedniego leczenia i wyboru zabiegów.

Leczenie w przypadkach, będących na granicy patologii, przy stosunkowo miernem krwawieniu, powinno być ile możności zachowawcze, wyczekujące, według zasad, wyłuszczonych uprzednio przy omówieniu postępowania w przypadkach fizyologicznych mechanizmu Dunkana. Z zabiegów dozwolone jest *miesienie* macicy, wykonywane w czasie skurczów okresowych; natomiast od zgniatania jamy trzonu i wyciskania łożyska należy się możliwie długo powstrzymać, im dłużej się bowiem czeka z tymi dwoma zabiegami,

tem więcej ma się szans. iż zostaną one uwieńczone skutkiem, t. zn. sprowadzeniem łożyska z jamy macicy do pochwy przed szparę sromową. — Jak długo czekać wolno, o tem rozstrzyga ilość krwi wylanej. Skoro na podstawionym talerzu zbierze się już 400 gram. krwi — a obecnie wyciskanie, w czasie skurczu wykonane, nie doprowadzi do wyżej wspomnianego wyniku, trzeba poważnie pomyśleć o szybkiem ukończeniu pierwszej fazy trzeciego okresu zapomocą energiczniejszych zabiegów.

Do takich energicznych zabiegów, użyć się dających w przypadkach porodów płodów żywych i donoszonych, zaliczam nową metodę, t. j. moją metodę odklejania i wydalania popłodu zapomocą nastrzykiwania łożyska wyjałowioną zimną wodą. Metoda ta tamuje krwotok natychmiastowo.

Do wykonania zabiegu tego potrzebne są: 1) strzykawka stu-gramowa rozbieralna, z tłokiem wygotować się dającym; 2) 500 gram. dokładnie wyjałowionej wody zimnej (najlepiej mieć pół litra uprzednio przygotowanego fizyologicznego roztworu soli kuchennej); 3) ostre nożyczki dla przecięcia skośnie pępowiny, w miejscu, gdzie żyła jest szeroką.

Napełniwszy strzykawkę wodą wyjałowioną, tak, aby powietrza w niej nie było, wprowadzamy kaniulę do żyły pępowinowej i obciskając palcami jednej ręki pępowinę około kaniuli, drugą ręką cisnąc na tłok, wstrzykujemy zwolna do łożyska 80—100 grm. wody. Krwotok natychmiast ustaje zupełnie, albowiem: a) łożysko pęcznieje, tamponując szczelniej kanał rodny niewiasty, tem więcej, że b) macica podrażniona zimną wodą kurczy się silnie, a kurcz ten trwa dłużej, niż zwykły skurcz okresowy samoistny, bo dopóty, dopóki woda wprowadzona do łożyska nie ogrzeje się wewnątrz matki.

Wyjąwszy kaniulę strzykawki z żyły, zaciskamy palcami pępowinę, aby płyn wstrzyknięty nie wylał się z łożyska, i oczekujemy na przeminięcie bolu. Skoro ból minie, a kobieta nie krwawi już wcale, pozostawiamy dalszy przebieg trzeciego okresu przyrodzie. Jeżeli zaś po ustaniu bolu kobieta zaczyna krwawić, wypuszczamy wodę z łożyska o tyle, o ile wypłynąć zechce, i wprowadzamy w sposób wyżej opisany nowe 50 gram. zimnej wody do łożyska. Występuje nowy ból, który trwa znów jakiś czas, po ustaniu bolu kobieta albo krwawi jeszcze, albo też nie. Jeżeli krwawi, wstrzykujemy wodę po raz trzeci, czwarty, piąty i t. d.

Tak postępując, udaje się sztucznie wywołać kilka silnych skurczów okresowych, które z łatwością odklejają i wydalają popłód z jamy trzonu macicy do dolnego odcinka, a bardzo często do pochwy tuż przed szparę sromową. Naturalnie wśród całego zabiegu, trwającego kwadrans lub dłużej, kobieta nie traci krwi, co bezwątpienia jest jego wielką zaletą. W lżejszych przypadkach już po pierwszem lub drugiem wstrzyknięciu krwotok jest stale utamowany.

Niestety, metoda ta ma tę wadę, że zapomocą niej nie można wywoływać dowolnej ilości skurczów okresowych, albowiem nigdy nie wylewa się z łożyska całkowita ilość płynu, wprowadzonego uprzednio do żyły, ale część tylko. Trzeba zaś wiedzieć, że łożysko może tylko pewną ilość płynu w sobie pomieścić bez pęknięcia naczyń kosmków. I tak: wstrzykując wodę do zupełnie nienaruszonego łożyska, a takiem jest zawsze wtedy, jeżeli się samoistnie odkleja, wywołujemy to, że łożysko grubnie, twardnąc dźwiga się, i powiększa swe osi o $\pm$ 2 cm. Wprowadzanie płynu napotyka na coraz to większe trudności, aż wreszcie po kilku wstrzyknięciach napięcie płynu w łożysku wolnieje, kosmki pękają, najpierw w najbliższem sąsiedztwie rowków między zrazami, i płyn wydostaje się na powierzchnię matczyną łożyska. Biorąc średnie liczby z większej ilości łożysk, stwierdzamy, że można wstrzyknąć aż do 300 gram. płynu, zanim powierzchnia matczyna nie zacznie wody przepuszczać.

Jeżeli zatem wprowadzamy do łożyska w trzecim okresie po 50 grm. wody, to wstrzykiwanie uskutecznić możemy sześć razy bez obawy pęknięcia kosmków, choćbyśmy płynu po ustaniu bolu zupełnie nie wypuszczali z łożyska. Jeżeli płyn atoli wypuszczamy i zbieramy do szklanki, możemy i siódmy i ósmy i t. d. raz wstrzykiwać, w miarę tego, ile płynu z łożyska odpłynęło. Ponieważ atoli coraz to więcej zostaje wody w łożysku, więc koniec końcem po kilkunastu wstrzyknięciach wstrzykiwana woda wydostaje się na powierzchnię matczyną łożyska, a stąd na zewnątrz. Wtedy zaś uprzednie stwardnienie łożyska ustępuje miejsca zwiotczeniu, wobec czego tamponada kanału rodnego staje się mniej szczelną, a równocześnie, wobec natychmiastowego wylewania się wstrzykniętego zimnego płynu, coraz to trudniej wywołać skurcze macicy. Krótko mówiąc, energia działania odklejającego i wydalającego popłód — znacznie maleje.

Zdarzyć się więc może, że w tych przypadkach, w których łożysko silnie jest przymocowane zapomocą blizn doczesnej do miejsca łożyskowego, jakkolwiek kilka silnych skurczów macicy wraz z podniesieniem działalności reszty czynników, odklejających i wydalających popłód, posunęło sprawę porodu popłodu naprzód, przecież pierwsza faza trzeciego okresu nie zostanie w zupełności ukończoną. W tych razach w czasie krwotoku nie pozostanie nic innego, jak ręcznie dokończyć wydobycia łożyska. Z góry zaznaczyć atoli należy, że wypadki takie należeć będą do wyjątków.

Z drugiej strony ręczne wydobycie popłodu w tych razach jest niezmiernie ułatwione, albowiem nastrzykiwanie, w sposób wyżej podany wykonane, odklejało łożysko we wszystkich tych miejscach doczesnej, gdzie blizn nie było, tak, iż obecnie wsunięcie dłoni pod odklejone łożysko — do punktów chorobowego przyczepienia, oddzielenie tychże ognisk bliznowatych i wydobycie popłodu na zewnątrz nie sprawia żadnych trudności.

Zalety zabiegu nastrzykiwania łożyska, jako to: 1) łatwość wykonania nawet przez początkującego lekarza; 2) łatwość wykonania go w sposób ściśle aseptyczny; 3) skuteczność i to natychmiastowa dla zatamowania krwotoku; wreszcie: 4) nieszkodliwość dla toku naturalnego mechanizmu, dzięki temu, że zabieg ten tylko potęguje naturalne czynniki, odklejające i wydalające popłód; wreszcie: 5) bezwarunkowa nieszkodliwość dla niewiasty — nakazują stosować go zawsze w odpowiednich przypadkach, zanim się przystąpi do ręcznego odklejania i dobywania popłodu, którą to operacyę należy dopiero w ostateczności zastosować.

Gdzie metoda wydalania popłodu przez nastrzykiwanie użyć się nie da, jak n. p. przy porodach płodów wymiękłych (zmacerowanych), gdzie naczynia łożyska zarosły, lub przy poronieniach, tam w razie silnego krwawienia w trzecim okresie musimy ręcznie odkleić i wydalić popłód, nb.: jeżeli miesienie macicy, wykonane w czasie skurczu, połączone z wyciskaniem, nie doprowadza do celu. Operacya ręcznego odklejania popłodu, niebezpieczna ze względu na aseptykę, nie napotyka na większe trudności techniczne w tych razach, gdzie jama macicy jest dość pojemną, aby do niej można wprowadzić całą rękę, albo przynajmniej 4 palce. Trudniej wykonać już zabieg przy poronieniach dwoma palcami lub jednym palcem, zwłaszcza, jeżeli jeszcze łożysko pozostaje całkowicie w jamie trzonu, w znaczniejszej części w związku z miejscem łożyskowem. W tych razach ręczne dobycie popłodu napotyka na niezwykłe techniczne trudności. Łatwą zaś jest operacya, jeżeli już pierwsza faza trzeciego okresu ma się ku końcowi, a popłód w znaczniejszej części jest już poniżej pierścienia skurczowego. Dlatego też wskazanem jest, aby cierpliwie wyczekać aż do ukończenia się pierwszej fazy trzeciego okresu. Jeżeli krwotok uniemożliwia wyczekiwanie, należy szczelnie wytamponować gazą jodoformową i pozostawić przebieg na 12 do 24 godzin przyrodzie. Jeżeli poród popłodu postępuje, to kobieta ma bole okresowe i krwawi nieco mimo tamponów. W razie, gdy już czynność porodowa ustała, zazwyczaj kończy się pierwsza faza trzeciego okresu i wtedy można przystąpić do wyjęcia

tamponów, aby resztę wydalenia popłodu przeprowadzić ręcznie. Jeżeli zaś pomimo jakiś czas trwającej czynności porodowej zupełnie poród popłodu nie nastąpił — należy przygotować wszystko do ewentualnego instrumentalnego wyjęcia popłodu. Jeżeli gorączki i krwotoku nie ma, a stan kobiety jest dobry, można ewentualnie zaczekać jeszcze jakiś czas, kilka lub kilkanaście godzin, aby w razie wystąpienia bólów na nowo zatamponować pochwę i wyczekiwać samoistnego porodu popłodu. Jeżeli i obecnie nie postąpił poród, mimo, iż czynność porodowa trwała, najpraktyczniej nie czekać już dłużej, ale bezwarunkowo przedsięwziąć wydobycie popłodu łyżką czy kleszczykami. Opis techniki operacyjnej w każdym podręczniku.

Wystąpienie gorączki jest przeciwwskazaniem do dłuższego wyczekiwania na poród popłodu; wtedy trzeba jak najspieszniej usunąć popłód.

Co do sprawy instrumentalnego wydobycia popłodu, przyrosłego do miejsca łożyskowego, to zauważyć należy, że jest to zdaniem mojem operacya jedna z najpoważniejszych w położnictwie, technicznie niezwykle trudna i dla kobiet bardzo niebezpieczna. Lekarz praktyczny więc najlepiej zrobi, jeżeli operacyę tę pozostawi specyaliście, a gdyby to być nie mogło, to przynajmniej nie wykona jej na własną odpowiedzialność bez odpowiedniej asysty.

Wyciągi.

CHIRURGIA. Arnsperger. **Chirurgiczne znaczenie żółtaczki.** (*Beitr. zur klin. Chir.* T. 48, Z. 3). Żółtaczka sama przez się ma dla chirurga wielkie znaczenie, a to z powodu, że wywołuje różne zmiany w ustroju, wikłające zabieg operacyjny; należy do nich skłonność do krwawienia, osłabienie serca, zmiany nerwowe i t. d. W ogólności powstaje każda żółtaczka przez wessanie żółci w wątrobie samej. Właściwemi przyczynami powstawania żółtaczki są: 1) przeszkody w odpływie żółci do przewodu pokarmowego; 2) zmiany czynnościowe komórek wątrobnych (*icterus per parapedesin)*, do czego doliczyć trzeba także zmiany w krążeniu krwi w wątrobie i zatrucie truciznami mineralnemi i wytworami drobnoustrojów. Utrudnienie odpływu żółci mimo drożności dużych przewodów pochodzić może, jak to wywodzi Ebstein od zatkania nieżytowego drobnych wątrobnych przewodzików. Przyczyny powstania żółtaczki są więc różne i często przy operacyi szukać ich dopiero należy. Najczęściej spotyka się chirurg jednak z żółtaczką wskutek kamieni, raka lub przewlekłego zapalenia trzustki w okolicy ujścia przewodów do dwunastnicy, rzadziej już z powodu spraw zapalnych, zrostów, nerki wędrującej lub tętniaka tętnicy wątrobnej. Autor przytacza odpowiednie przypadki z kliniki heidelberskiej. W dwóch z nich przy raku brodawki Valera wyciął Czerny całą tę część dwunastnicy; oba zakończyły się śmiertelnie. Zwykle po usunięciu przyczyny choroby żółtaczka ustępuje, czasem jednak trwać ona może dalej, a nawet nastąpić może niedomoga wątroby (*hepatargia*). Wątroba ma za zadanie najpierw wspólnie z nerkami regulować prawidłowy skład krwi, dalej ma ona regulować ilość cukru we krwi, tworzyć cukier z glikogenu, przerabiać wytwory rozkładu białka, n. p. tworzyć mocznik z amoniaku, usuwać trujące substancye z przewodu pokarmowego, trucizny metaliczne i alkaloidy, a w końcu tworzyć żółć. W każdej z tych czynności powstać może zmiana chorobowa. Wessanie barwików żółciowych do krwi objawia się zabarwieniem skóry i błon śluzowych, odbarwieniem kału i pojawieniem się barwików żółci w moczu. Wessanie soli kwasów żółciowych sprawia uszkodzenie układu nerwowego i mięśniowego, serca i nerek. Do zmian tych należą: swędzenie skóry, zmiany oczne, bole głowy, osłabienie psychiczne, osłabienie mięśniowe, zwolnienie tętna, tworzenie się wałeczków i białkomocz. Sole kwasów żółciowych mają też własność rozpuszczania ciałek czerwonych. Czasem występują wspomniane objawy przy cierpieniach wątroby bez żółtaczki, zwłaszcza przy kamieniach, szczególnie swędzenie skóry i zwolnienie tętna. Dłuższe lub krótsze trwanie żółtaczki nie dowodzi niczego; czasem i krótkotrwała żółtaczka bardzo wyczerpuje ustrój i wikła bardzo zabieg operacyjny. Zatrucie to tłomaczą sobie także przekwaszeniem ustroju i zmniejszoną zasadowością krwi. Barwików żółciowych w surowicy krwi radzą szukać Gilbert i Tuffier z pomocą próby Genelera. Zmniejszenie się zasadowości krwi przy żółtaczce stwierdził Landau. Łączność czynności nerek z wątrobą objawia się zniżeniem punktu marznięcia krwi do 0,68, a podniesieniem tegoż punktu w moczu do 0,91. O życiu też chorego na wątrobę rozstrzyga głównie sprawność jego nerek; gdy ta jest zła, rokowanie jest niepomyślne. Najważniejszą może rzeczą w rokowaniu przy operacyach w żółtaczce jest ocenienie zdolności krzepliwości krwi, gdyż brak nieraz powoduje zejście śmiertelne ze skrwawienia się chorego po operacyi. Jeżeli przyjmiemy jako prawidłowy czas krzepnięcie krwi 3—7 minut, to przy żółtaczce spotykał autor 10—20 minut. Aby tę zmniejszoną krzepliwość krwi powiększyć, radzą przygotowywać chorych do operacyi zapomocą zapobiegawczego podawania gelatyny, mleczanu wapna lub chlorku wapniowego. Chlorkiem wapniowym przygotowuje się chorych do operacyi w klinice Czernego. Autor przytacza obszernie 96 historyi. W 4 przypadkach śmierć nastąpiła ze skrwawienia, nawet przy tak małym zabiegu, jak nacięcie pęcherzyka. Przewody należy zawsze sączkować, a nigdy nie zeszywać. Kamienie często można przeoczyć, Nawrotów po usunięciu wszystkich kamieni nigdy nie było. Przy kamieniach przewodu wspólnego śmiertelność w klinice Czernego 15·5 prc., Kehr miał 5 prc., Merk 12·5 prc., Körte 10 prc., Mayo 11½ prc., Garré 13,1 prc. Wyniki pooperacyjne zresztą zupełnie dobre.

Końcowe wnioski autora są następujące: 1) Często spotyka się żółtaczkę bez mechanicznego utrudnienia odpływu żółci tak, że odnieść ją należy do zmian w wątrobie samej. 2) W każdym przypadku żółtaczki badać należy szczegółowo krew i mocz. 3) Ciężkość żółtaczki nie zależy od czasu jej trwania i nasilenia. 4) Przy kamieniach głębokich dróg wątrobowych należy zawsze wykonywać nacięcie przewodu wspólnego i sączkowanie, w danym razie dołączyć wycięcie pęcherzyka żółciowego. 5) Kamienie przewodu wspólnego bez żółtaczki zdarzają się bardzo często. *Klęsk.*

Credé. **Antyseptyka zapobiegawcza.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 24). Po okresie antyseptyki przyszła aseptyka, która odrazu zajęła tak silne stanowisko, że prawie nie odważano się jej coś zarzucić. A jednak wielu mimo uznawania aseptyki stosowało obok niej dalej antyseptykę, zwłaszcza, gdy przekonano się, że mimo najsurowszej aseptyki zarazki rozwijają się w ranie i nie można z pomocą niej zawsze i pewnie zakażenia wyłączyć lub go ominąć. W ostatnich czasach spostrzedz można znowu pewien zwrot ku antyseptyce, a nawet najgorętszy zwolennik aseptyki Mikulicz, krótko przed śmiercią oświadczył się w wielu razach za stosowaniem antyseptyki. Credé nigdy nie przechodził z antyseptyki do aseptyki, lecz był zawsze i pozostał zwolennikiem mieszanego postępowania, zwłaszcza, że znalazł w kollargolu (wprowadzonym przez siebie) bardzo odpowiedni, nieszkodliwy a skuteczny środek przeciwgnilny. Używa go stale w swojej klinice ku zupełnemu zadowoleniu i to jako środka przeciwgnilnego w całem tego słowa znaczeniu i zarazem jako środka zapobiegającego zakażeniu i leczącego istniejące już zakażenie. Używa go jako proszku do zasypywania (3 części kollargolu, 97 cukru mlecznego), dalej w rozczynie 1 prc. do wlewania do ran, do jamy brzusznej, pęcherza i t. d. Dalej używa Credé kołaczyków kollargolowych, które wsuwa się do ran, celem ich odkażenia. Służą one zarazem do sporządzania płynów odkażających, do okładów, zmywań, płukań, zażywania rozczynu, lawatyw i wstrzykiwań śródżylnych. Sporządza się także pręciki do przetok, cewki, macicy i t. d. Kolargol nie wywołuje dreszczy przy wstrzykiwaniu śródżylnem i nadaje się najlepiej do domowej apteczki lekarza, gdyż jest bardzo trwały, a rozpuszcza się łatwo we wodzie. *Klęsk.*

Ludloff. **Osłuchiwanie kręgosłupa, kości krzyżowej i miednicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 25). Autor poleca gorąco dokładne osłuchiwanie kręgosłupa, kości krzyżowej i miednicy. Obecnie wszystkich chorych, skarżących się „na bole w krzyżach“, osłuchuje i zdumiony jest poprostu, jak często przytem słychać trzeszczenia i chrupotania kostne. Młotkiem badać należy każdy krąg, a potem osłuchiwać. W ten sposób wykryć można często początki zniekształtniającego zapalenia stawów, złamanie kręgów lub ich wyrostków, złamanie kości krzyżowej i t. p. Zwykle promienie Röntgena potwierdzają rozpoznanie. Przez osłuchiwanie bardzo często rozpoznanie „nerwoból“ zmieni się na inne, o podkładzie chirurgicznym. *Klęsk.*

Bogusław Niederle. **O przewlekłem zapaleniu trzustki.** (*Przegląd kliniczny* Nr 4, 1906). Rozpoznanie chronicznego zapalenia trzustki jest zawsze trudne, a czasem niemożliwe; dopiero od czasu, kiedy zwrócono uwagę na związek zachodzący między kamicą żółciową, a zapaleniem trzustki, poznano bliżej objawy tego schorzenia. Autor operował przewlekłe zapalenie trzustki z bardzo ciężkimi objawami, przy rozpoznaniu pierwotnem kamicy żółciowej, a dopiero przy laparatomii stwierdzono właściwe schorzenie. Po gastroenteroanastomozie nastąpiło zupełne ustąpienie objawów choro-

bowych. Ponieważ większa część chronicznych zapaleń trzustki jest następstwem i powikłaniem kamicy, trzeba przyznać, że główną przyczyną zapalenia trzustki jest ścisły związek, zachodzący między trzustką, żołądkiem, dwunastnicą i przewodem żółciowym, oraz że przewlekłe zapalenie trzustki może być spowodowane chorobami tych wszystkich organów sąsiednich, wskutek zakażenia przechodzącego z nich do trzustki. Prócz tego tłomaczenia przyjmują możność powstania zapalenia trzustki drogą krwi (lues, arteriosclerosis etc.).

Przewlekłe zapalenie trzustki może być pierwotne, może atoli powstać też i z ostrego zapalenia. Oznaki zapalenia tego są bardzo podobne do objawów kamicy wątrobowej, lecz jest tu przecież różnica, nawet w wypadkach tego pochodzenia. Siedziba bolu jest prawie zawsze w dołku nadpępkowym, a nie w miejscu pęcherza żółciowego, Wymioty nie są bardzo częste (wyjąwszy nieliczne tylko przypadki). Stałą oznaką jest żółtaczka zwykle postępująca; pęcherzyk żółciowy bywa mały. Najważniejszem jest znalezienie guza w nadpępczu, lub — co rzadziej — w okolicy prawego podpępcza, który jest mało ruchomy i przy ucisku bolesny; zwyczajnie guzy takie uważamy za nowotwór złośliwy. Często pojawia się chudnięcie i gorączka, glykosurya bardzo rzadko. Niekiedy pozostaje rozpoznanie wątpliwe i przy laparotomii dopiero można rozróżnić nowotwór od zapalenia. Na metodzie badania moczu według Cammidge nie można polegać. Leczenie jest zawsze chirurgiczne, jeżeli rozchodzi się o wypadek ciężki. Jeżeli jest zapalenie trzustki na tle kamicy żółciowej, przeprowadza się sączkowanie dróg żółciowych z usunięciem kamyka. Niektórzy zalecają cholecystostomię, inni cholecystenteroanastomozę. W wypadkach, gdzie biorą górę objawy uciskowe odźwiernika, należy dać pierwszeństwo gastroenteroanastomozie. Rokowanie przewlekłego zapalenia trzustki nie jest niepomyślne, śmiertelność w wypadkach operowanych mała.

Schnurpfeil.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. J. Karliński. **O leczeniu przymiotu srebrem.** (*Now. lek.* 1906, Nr 6). Z powodu trudności, jakie nastręczało posługiwanie się w bośniackiej praktyce wiejskiej, przetworami rtęciowymi, począł autor leczyć trzeciorzędne owrzodzenie kiłowe przetworem srebra, kolargolem. Ogółem leczono kolargolem 21 chorych z rozpadającymi się guzami kiłowymi. Po wymyciu rany rozczynem itrolu i ułożeniu na niej 2—3 kołaczyków kolargolowych po 0,005, zakrywał autor ranę plastrem kolargolowym (5: 300 mastyksu); w lżejszych przypadkach już po 7, a w cięższych najdalej po 24 dniach rany zabliźniały się zupełnie. Ten wynik dodatni był nader rychły w porównaniu z wynikami stosowania jodku potasu, który autor podawał dla porównania równocześnie 5 chorym z takiemi samemi zmianami po 3—4 grm. dziennie, okładając równocześnie ranę wodą karbolową i jodoformem i zalepiając plastrem rtęciowym. Opatrunki takie już na 3 dzień trzeba było zmieniać z powodu sączenia się rany, a rana nigdy nie goiła się przed upływem 7 tygodni. *Oszacki.*

Prof. Ehrmann. **O krętkach w nerwach napletka przy pierwotnym wrzodzie napletka.** (*Deut. med. Wochs.* 1906, Nr 27). W niniejszej pracy starał się autor wykryć drogi, któremi krętek blady (Spirochaete pallida) z pierwotnej zmiany kiłowej dostaje się do ustroju. W badaniach swych zwrócił szczególniej uwagę na nerwy skórne i podskórne, przebiegające w pobliżu zmiany pierwotnej. Aby uzyskać odpowiedni materyał do badania, wyciął u dwóch chorych zmianę pierwotną, znajdującą się na brzegu napletka i powodującą stwardnienie znacznej jego części. Badania skrawków z tego materyału dały wynik bardzo pomyślny, gdyż autor wykazał obecność krętków nietylko w pochewce otaczającej pnie nerwowe, ale również w samym nerwie pomiędzy jego włóknami, jak i w przestrzeni między nerwem, a jego osłonką, która wypełnioną jest lymfą. Wewnątrz pnia nerwowego znajdują się krętki między włóknem nerwowem, a osłonką Schwanna. W tkance łącznej otaczającej pnie nerwowe, wykrył Ehrmann liczne nacieki guzkowate, wśród nich zaś, jako też między otaczającymi włóknami tkanki łącznej znaczną ilość dobrze wykształconych krętków. To samo miał sposobność autor spostrzegać w dalszym przebiegu nerwu, nawet w dość znacznej odległości od wrzodu pierwotnego.

Na podstawie tych badań sądzi autor, że możnaby przypuszczać z wielkiem prawdopodobieństwem, że krętki drogą nerwów mogą się posuwać daleko aż do środkowego układu nerwowego i dawać powód do chorób nerwowych (t. zw. parasyfilitycznych), a mianowicie do wiądu rdzenia pacierzowego, za czem przemawia i ta okoliczność, że w największej ilości przypadków rozpoczyna się wiąd rdzenia pacierzowego od części lędźwiowej. *Stopczański.*

Leszczyński. **Krętek blady, a rozpoznawanie kiły.** *Tygodnik lek.* Nr 23, 1906). L. przytacza jeden przypadek z kliniki dermatologicznej lwowskiej na dowód wartości rozpoznawczej krętka bladego. Dotyczy on chorej, która zgłosiła się z owrzodzeniem części pochwowej macicy. Owrzodzenie to o wielkości grosza, płytkie, kształtu prostokątnego, miało brzegi wyniosłe, zaczerwienione, dno pokryte wydzieliną szarawo-żółtą, do podstawy mocno przylegającą. Badanie mikroskopowe wydzieliny uchyliło całą trudność rozpoznania, wykazało bowiem kilka krętków bladych. Jakoż rzeczywiście w 8 dni potem pokazała się wysypka plamista i guzkowa na skórze tułowia i brzucha, wystąpiło zapalenie gardła, ból głowy, a na częściach sromnych lepieże. Objawy te ustąpiły po zastosowaniu rtęci. *Dr. T. Włyński.*

Karliński. **Leczenie srebrem w kile.** (*Heilkunde* 1906, Nr. 6). Autor powodowany trudnościami leczenia kiły rtęcią u mało cywilizowanych mieszkańców Bośni, próbował stosować w owrzodzeniach kilakowych Collargol Credégo. Robił on w ten sposób, że w każde owrzodzenie po oczyszczeniu rozczynem itriolu wkładał 2—3 kołaczyków Coll. po 0,05 i przykrywał je plastrem collargolowym (5: 300). Wewnętrznie chorym nic nie podawał. Po 1—3 tygodniach, w którymto czasie zmieniał do 3 razy opatrunek, otrzymywał piękną, gładką bliznę. Doświadczenie jego dotyczyło 21 pacyentów. W 5 przypadkach wrzodów kilakowych, równocześnie leczonych wewnętrznie jodem i miejscowo plastrem rtęciowym blizna tworzyła się dopiero po 7 tygodniach. *Dr T. Włyński.*

Jacoby. **Leczenie wiewióra zapomocą przekrwienia biernego.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 26). J. próbował zastosować metodę przekrwienia biernego Biera w przypadkach wiewióra cewki moczowej o przebiegu podostrym i przewlekłym. Endoskopem stwierdził zawsze szybsze wessanie nacieków, aniżeli przy jakiemkolwiek innem leczeniu. W tym celu podał przyrząd w kształcie zgłębnika 12 ctm. długiego, o skali: 21 Clarriere, stożkowato zakończonego. Wzdłuż jego osi długiej przebiegają 3 rowki, krótsze od niej o 2 ctm. z przodu i 2 ctm. z tyłu. Od każdego z tych rowków prowadzi 5 otworków do światła zgłębnika. Pod kątem 90° umieszczony jest balonik zamknięty kurkiem. Po włożeniu zgłębnika do cewki, zacieśnia się tę ostatnią w okolicy rowka pożażołędziowego, uciska balonik w celu wydalenia powietrza, które uchodzi otworem pod kurkiem i obraca kurek o 90°. Działanie dotyczy tylko błony śluzowej, leżącej w obrębie rowków. Przez obrócenie zgłębnika o 50° naokoło osi można zadziałać na inne części błony śluzowej. Dla tylnej cewki podaje autor podobny przyrząd kształtu zgłębnika Dittla i zaopatrzony przy końcu rowków walcowatym pierścieniem, który ma opierać się o wejście do pęcherza, aby zapobiedz ssącemu działaniu przyrządu na jego powierzchnię. Cały przyrząd da się łatwo odkażać po odjęciu balonika. *Dr T. Włyński.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. J. Thies. **O nakłuciu lędźwiowem przy drgawkach porodowych.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr 23). Objawy ośrodkowe, towarzyszące często drgawkom, skłoniły już wielu do wykonania w tych przypadkach nakłucia lędźwiowego, jako zabiegu leczniczego. Wyniki nie są dotąd pewne. T. opisuje 15 przypadków, w których zastosowano to leczenie po poprzedniem bezskutecznem wyczerpaniu innych znanych sposobów. Trzymano się techniki Quinckego, płyn wypuszczano powoli, w ciągu 10—20 min. i cofano igłę, gdy ciśnienie spadało do 120 mm. Płyn był przeważnie jasny, raz mętny, z licznymi leukocytami, raz krwawy (*haemoglobinaemia*). Ciśnienie wahało się zazwyczaj od 150—200 mm., raz doszło aż do 600 mm.; ilość odprowadzonego płynu wyniosła średnio 20—30 cm.³, raz doszła do 101 ctm.³. Po nakłuciu nie zauważono dobrego wpływu na tętno i oddychanie, natomiast w pewnych przypadkach ustawały na czas jakiś napady lub występowały rzadziej, a raz ustąpiły nawet zupełnie. Korzystnego wpływu na ilość moczu nie stwierdzono nigdy.

B. Wojciechowski.

A. Bennecke. **Cięcie cesarkie przy uwięźnięciu tyłozgiętej macicy ciężarnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 23). Kobieta 37-letnia, po raz 2. w ciąży; ostatnia regularność przed 3 miesiącami. W 2. miesiącu ciąży przez 14 dni odchody brunatnawe. Inny lekarz rozpoznał wówczas tyłozgięcie macicy ciężarnej, odprowadził macicę i założył krążek, który z powodu zapadów i bolów przed 3 tygodniami wyjęto. Obecnie objawy ze strony kiszki stolcowej i pęcherza, ciepłota 37·8, tęt. 120, brzuch bolesny, odchody brunatne i cuchnące; część pochwowa poza spojeniem, ujście zewnętrzne zamknięte, szyjka długa i niepodatna. Dno macicy pod wzgórkiem kości krzyżowej po stronie lewej nie daje się dźwignąć, tylne sklepienie wypuklone. W treści szyjki stwierdzono ciałka ropne i dwoinki. W moczu 1‰ białka, ciałka białe i czerwone, wałeczki i nabłonki nerkowe. Wytamponowanie pochwy nie wywołało rozszerzenia szyjki. Wprowadzenie balonika do szyjki niemożebne. Jako najłagodniejszy w tym przypadku sposób rozwiązania obrad B. cięcie cesarskie pochwowe. Przecięcie tylnej, potem przedniej ściany szyjki bez otwarcia otrzewnej; przypadkowe przedarcie kruchej i obrzękłej ściany pęcherza, zeszycie tegoż; po opróżnieniu macicy tamponada

cewnik na stałe. W przebiegu pooperacyjnym krótkotrwałe objawy nieżytu pęcherza. Jest to drugi przypadek cięcia cesarskiego pochwowego z powyższego wskazania. Pierwszy ogłosił Wennerström (*Zentr. f. Gyn*, 1903). *B. Wojciechowski.*

K. Witthauer. **Helmitol jako środek zapobiegawczy przeciw pooperacyjnemu nieżytowi pęcherza.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 23). W 26 przypadkach, w których cewnikowanie po operacyi było konieczne, podawał W. 3 razy dziennie po 1 gr. helmitolu, obok przepłukiwania pęcherza kw. borowym po każdem odprowadzeniu moczu. Raz tylko wystąpił ciężki nieżyt pęcherza (chora niespokojna), a 4 razy lekki, krótkotrwały. *B. Wojciechowski.*

DENTYSTYKA. Prof. Bönnecken. **O przeczulicy błony śluzowej jamy ust.** (*Oest. ung. Vierteljahr. f. Zahnhk.* II, 1906). Przeczulica błony śluzowej jamy ust jest stosunkowo rzadka i dotyczy zwykle starszych mężczyzn powyżej 50 r. ż., okazujących choroby układu nerwowego (neurastenia, histerya i t. d.). Dolegliwości polegają głównie na uczuciu pieczenia, palenia i bolu na końcu języka i na policzkach i na uczuciu suchości w ustach. Przyczyna tego cierpienia nie jest dokładnie znana; być może, że wywołuje je nadużywanie tytoniu i wyskoku. Oprócz leczenia, ogólnie stosowanego w nerwicach (leczenie klimatyczne, wodoleczenie, leczenie psychiczne), należy uregulować dyetę, zakazać używania wyskoku, tytoniu, potraw korzennych, słonych i kwaśnych, które błonę śluzową jamy ustnej podrażniają. Wszelkie nierówności zębów powinno się pousuwać, spiłować i t. d. Nie można zalecać ostrych pędzlowań ani płukań; należy wyłączyć wszelkie nastoje i mieszanki spirytusowe; można z pożytkiem zastosować boraks do pędzlowania, lub płukania. Rokowanie co do poprawy cierpienia jest dość pomyślne, co do zupełnego wyzdrowienia wątpliwe, gdyż cierpienie łatwo powraca. *Dr Kozaczka.*

Prof. A. Witzel. **W jaki sposób i kiedy następuje wyleczenie małych ognisk ropnych na szczytach korzeni zębów z chorą miazgą zębową?** (*Monatsschr. für Zahnheilk.* 1906, Nr 5). Autor roztrząsa krytycznie wszystkie sposoby leczenia przetok, powstałych wskutek chorób miazgi zębowej, które się otwierają na wysokości szczytów korzeni zębowych. Cierpienie to polega na tem, że drobnoustroje ropne dostają się przez odkrytą, lub niedobrze pokrytą zapomocą plomby, miazgę zębową do szczytów korzeni i tu wywołują ognisko ropne, które się może rozszerzać i na zęby sąsiednie, nawet zdrowe. Ognisko takie przebija się w końcu na zewnątrz. W przypadkach takich, zanimby się postanowiło ząb usunąć, nigdy nie należy zaniedbać leczenia zęba; Witzel radzi miazgę wyskrobać, cały kanał przesondować i stosować wodę królewską dla gruntownego odkażenia kanałów i wyjałowienia ognisk ropnych. Wykonywa to zwykle w dwu do trzech posiedzeniach. Po przestrzykaniu zakłada z jednego dnia na drugi wacik, zamaczany w wodzie królewskiej i tymczasem go pokrywa; dnia następnego wszystko się usuwa, jeszcze raz przestrzykuje i zakłada cement. Wacik można po kilku (10) dniach wyjąć górą. Odczyn początkowo jest czasami dość znaczny (obrzmienie), później zupełnie ustępuje; przetoka się zaciąga i zupełnie zarasta. Po kilku miesiącach, jeżeli się sprawa chorobowa nie powtarza, zakłada się ostateczną plombę amalgamową, złotą i t. p. Autor na dowód dobrych wyników dołącza cały szereg fotografii rentgenowskich. (W zakładzie krakowskim równie dobre wyniki uzyskujemy zapomocą 40 prc. formaliny, która nie jest tak obosieczną bronią. *Przyp. spr.*). *Dr. Kozaczka.*

Frohmann. **Własności biologiczne i chemiczne drobnoustrojów, spotykanych w próchniejących zębach.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnhk.* Z. 1, 1906). Autor badał bakteryologicznie około 125 przypadków próchnienia zębów u rozmaitych osób, wyosobnił on kilkanaście rodzajów drobnoustrojów, głównie ziarenkowców i oznaczył dokładnie ilości kwasów i zasad, wytworzonych przez poszczególne grupy badanych drobnoustrojów, jakoteż przy ich współżyciu (symbiozie). Ilość kwasów wytwarzanych jest bardzo znaczna; najwięcej kwasów wytwarza prątek okrężnicy. Zdaje się dziś nie ulegać wątpliwości, że kwasy, a przedewszystkiem kwas mleczny, działają niszcząco na szkliwo i tkankę zębową, a nadwerężając je, pozwalają tak obficie w jamie ustnej znajdującej się florze prowadzić dalej dzieło zniszczenia.

P. Szadkowski.

HIGIENA. Flügge. **Projekta w sprawie poprawy przepisów desinfekcyjnych.** (*Zeitschr. f. Hyg.* T. 50. Praca powyższa oparta na pracach Heymanna, Reichenbacha, Steinitza, Mesekacha i Specka rzuca nowe światło na kwestyę odkażenia, a zarazem cienie na liczne w praktyce stosowane i jako pewniki uznane tak poglądy o odkażeniu, jak i środki desinfekcyi. Wychodząc z szerokiego pojęcia desinfekcyi — uwolnienie ludzi od zarazków i przedmiotów zakażonych — uważa F., że dokonać jej można bądź przez zabicie zarazków, bądź też mechanicznie, usuwając je. Ostatni sposób desinfekcyi, przy którym przemieszcza się tylko zarazki, nie troszcząc się o dalszy ich los; stosuje się przy odkażaniu (myciu) rąk i przy wszelkich do oczyszczenia zmierzających czynnościach w mieszkaniu, myciu, szczotkowaniu, trzepaniu, zamiataniu, wietrzeniu, wyświetlaniu i t. p.; stosować zaś można tylko przy tych chorobach, których zarazki mieszczą się stałe obficie w naszem otoczeniu, tak u zdrowych, jak i chorych, tężcu, zarazkach ropnych. pneumokokach, prątkach okrężnicowych i t. p. W razie wyjątkowo pojawiających się poszczególnych wypadków lub ograniczonych epidemii innych chorób zakaźnych w miejsce mechanicznego czyszczenia stosować trzeba zabijanie zarazków. Zasadnicze te różnice co do wartości sposobów odkażania nie są dostatecznie zaznaczone w rozmaitych przepisach i rozporządzeniach o desinfekcyi. Polecane jako środki zabijające bakterye, mydło szare i gorący rozczyn mydła, zmywanie wodą gorącą lub rozczynem sody, zmywanie lub szczotkowanie rozczynem kresolu, karbolu, sublimatu, ścieranie chlebem nie są dostatecznie pewne, jako środki zabijające zarazki i najwyżej zaliczyć je można do środków mechanicznych. Również wyświetlenie na słońcu nie jest zupełnie pewnem, zabijając jedynie na powierzchni położone zarazki, a nie drążąc zabójczo w głąb. — Wietrzeniem może się udać usunięcie zarazków z pokoju chorego, zachodzi jednak przytem zawsze obawa zakażenia sąsiedztwa. Mechaniczne odkażenie do pewnego stopnia zawsze sprzyja rozszerzeniu zarazków — o tem zapomniano przy układaniu przepisów desinfekcyjnych, pomija się też fakt ten przy wykonywaniu desinfekcyi. Również zdaniem F. należy rozróżnić sposoby odkażania w czasie choroby i po ukończonej chorobie. Zalecane przez przepisy codzienne, wycieranie podłogi w pokoju chorego rozczynem odkażającym pragnie F. zastąpić zlewaniem zanieczyszczonych miejsc podłogi wodą kreosotową, którą dopiero po godzinie należy wytrzeć; wietrzenia pokoju zakażonego (oczywiście ma tu Flügge na myśli przewietrzenie bardzo gruntowne) dokonywać można, jeżeli nie groziło by zakażeniem sąsiedztwa. Do odkażenia wydalin stosowniejsze są silniejsze rozczyny kresolu (5 prc.); dla plwocin chorego zgęszczone rozczyny sublimatu (5 prc.), nadto używanie tekturowych spluwaczek, które spala się wraz z treścią. Zakopywanie wydalin chorego w ziemię jest niepewne i niebezpieczne. Dla odkażenia rąk u osób pielęgnujących chorego, uważa Fl. za stosowniejszy rozczyn sublimatu, aniżeli 3 prc. rozczyn kresolu lub karbolu. Zalecając niedostatecznie jeszcze uznaną desinfekcyę formaldehydem po ukończeniu choroby podnosi Flügge, że oczyszczenia mieszkania dokonywać należy nie przed, lecz po dokonanej desinfekcyi. — Omawiając stosowanie i przyrządzanie używanych środków odkażających zabójczych dla bakteryi żąda F. zastąpienia 3 prc. wody karbolowej drogiej i działającej powoli rozczynem 2,5 prc. kresolu, wykluczenia ze spisu ogólniej dostępnych środków desinfekcyjnych mydła szarego i podchlorynu wapna, gdyż ocena działania ostatniego jedynie z zapachu nie jest dostatecznie pewną. Mleko wapienne sporządza się prościej nie z wapna palonego, lecz z 1 części wapna gaszonego na $1\frac{1}{2}$ części wody, — do odkażenia formaldehydem wystarcza 2,5 gr. na ctm.^{3}, przy 7 zaś 5 gr. przy $3\frac{1}{2}$-godzinnem działaniu. Formalinę stosować też należy do odkażania ubrań, zwłaszcza osób gruźliczych i to w osobnych szafach. Parowe przyrządy desinfekcyjne winny być obowiązkowo badane przy ustawieniu i później w czasie działalności. Do odkażania książek nadaje się sucha ciepłota przy 75—80° C. Wprowadzenie do użytku sublimatu w rozczynie 1: 200 dla odkażania plwociny gruźliczej zaschłej w grubszych warstwach uważa Fl. za konieczne. *L. Bier.*

Christian. **Badania odkażającego wpływu wody utlenionej** *in statu nascendi.* (*Hyg. Rundschau* 1906, Nr 8). Pojawiające się w handlu nowe wyżej utlenione związki chemiczne (nadtlenki), rozkładające się łatwo pod wpływem wody i dostarczające tem samem świeżej (in statu nascendi) wody utlenionej, nasuwały myśl użycia tych związków do odkażania zamiast rozczynów wody utlenionej. Badania Boujeana (*Compt. rend. debéteed. d. Scien.* 1905), co do nadtlenku wapna (CoO_2), powtórzył Ch., stwierdzając, że odkażenie, uzyskane przy użyciu tego związku, odnieść należy nie do wody utlenionej, lecz głównie do utworzonego wodzianu wapniowego. (Powyższa myśl wymaga przeto jeszcze stwierdzenia przy użyciu innego nadtlenku, który nie posiada ubocznych własności odkażających. *Przyp. sprawozd.*). *L. Bier.*

Hilgermann. **Zastosowanie wody utlenionej jako środka czyszczącego i odkażającego w golarniach.** (*Arch. f. Hygiene* T. 54). Dotychczasowy sposób czyszczenia w golarniach, szczególnie szczotek i grzebieni, pozostawia wiele do życzenia pod względem zdrowotnym, zalecone odkażanie wyskokiem, formaldehydem i t. p. wypróbowanemi środkami jest bądź kosztownem, bądź

wymaga dłuższego czasu, bądź też niszczy przybory. Tych wad nie posiada woda utleniona, która w postaci 5 prc. rozczynu i przy ½-godzinnem działaniu nietylko odkaża bardzo zakażone pasożytami włosów i bakteryami ropnemi przybory golarskie, ale je nadto znakomicie czyści, nie niszcząc ich. Rozczyn powyższy wody utlenionej może być użyty kilkakrotnie w ciągu dni kilku zawsze z równie dobrym skutkiem. *L. Bier.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIV posiedzenie naukowe dnia 22 czerwca 1906.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, protokołuje kol. W. Ziembicki.

Obecnych członków 39.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

Przewodniczący poświęca parę słów wspomnienia zmarłemu koledze Stankiewiczowi, asystentowi przy katedrze medycyny sądowej we Lwowie.

Do uczestnictwa w uroczystości pożegnania długoletniego inspektora szpitali krajowych, kol. Jana Stelli-Sawickiego wydelegowano kolegów: Stachiewicza i Witolda Ziembickiego.

I. Kol. prof. Łukasiewicz przedstawił chorego na **liszaj kończysty** (*lichen ruber acuminatus*). W przypadku tym stosuje się 20 prc. rozczyn atoksylu podskórnie. Prelegent podnosi rzadkość cierpienia, spostrzeganego we Lwowie dopiero parę razy.

II. Kol. Leszczyński przedstawił dwoje chorych z kliniki dermatologicznej z toczniem (*lupus vulgaris*), leczonych sposobem Buttea (przymoczki z 2 prc. nadmanganianu potasowego obok skaryfikacyi). Jak wynikałoby z dotychczasowego spostrzegania, sposób ten stosowany na większą skalę m. i. w klinice Gauchera w Paryżu, daje korzystne wyniki.

W dyskusyi przemawia kol. prof. Łukasiewicz.

III. Kol. doc. Kučera wygłosił odczyt p. t. **„Endocarditis gonorrhoica"**. Prelegent dał najpierw pogląd na historyczny rozwój nauki o stosunku wiewióra do zapaleń wsierdzia. M. i. wspomina o zapatrywaniach, jakie w r. 1889 wypowiedział w tej sprawie ze stanowiska klinicznego A. Gluziński. Od chwili odkrycia dwoinki wiewiórowej (1889) weszły badania tej sprawy w zupełnie nowy okres, zwłaszcza kiedy się nauczono drobnoustrój ten hodować*). W r. 1902 liczono już około 100 przypadków zapalenie wsierdzia, wywołanego przez dwoinki wiewiórowe, jakkolwiek prelegentowi liczba ta wydaje się zbyt wielką, podaną nieco bezkrytycznie tak, że zmniejszyłby ją do połowy. Następnie omawia prelegent przypadek, który dał mu pohop do wygłoszenia niniejszego odczytu, a w którym stwierdził wrzodziejące zapalenia wsierdzia, wywołane przez dwoinki wiewiórowe. W przypadku tym znalazł też podobne, jak na wsierdziu, zmiany na błonie wewnętrznej tętnicy głównej, co jest w swoim rodzaju pierwszem spostrzeżeniem. Przechodząc wreszcie do omówienia strony klinicznej i patogenezy cierpienia, sądzi, że powinnibyśmy wprowadzić przedewszystkiem podział na: 1) *Endocarditis gonorrhoica gonococcica*, i 2) *Endocarditis gonorrhoica non gonococcica*, nie mówiąc o trzeciej grupie, stworzonej przez Włochów, a mającej narazie znaczenie teoretyczne, gdzie za przyczynę zapalenia wsierdzia należałoby uważać działanie już nie samych drobnoustrojów, ale ich jadów. Wrotami zakażenia dla sprawy na wsierdziu będzie z natury rzeczy najczęściej cewka moczowa, w ogólności narząd moczopłciowy. Również może niemi jednak być n. p. i spojówka. Zmiana wsierdzia następuje najczęściej w ostrym okresie wiewióra, przyczem zauważyć należy, że nasilenie sprawy pierwotnej nie odgrywa tu żadnej roli, podobnie jak nie mają żadnego znaczenia powikłania. Natomiast na pytanie, dlaczego w danym przypadku sprawa zapalna z upodobaniem sadowi się na wsierdziu, nie znajdujemy innej odpowiedzi, jak przyjmując, że właśnie wsierdzie stanowiło w tym przypadku »*locus minoris resistentiae*«. Prelegent podnosi, że przebieg kliniczny tej sprawy nie różni się w niczem od obrazu innego rodzaju zapaleń wsierdzia, i że jak w tamtych, może być złośliwy, lub kończyć się przewlekłą wadą zastawkową. Rozpoznanie kliniczne możemy oprzeć jedynie na bakteryologicznem badaniu krwi, w tym zaś celu radzi prelegent posługiwać się większemi ilościami krwi (10 cm.³), które należy odpowiednio rozcieńczać (10 cm.³ na 250 cm.³ bulionu), gdyż w przeciwnym razie bakteryobójczość krwi przeszkadza rozwojowi dwoinki wiewiórowej. (Prelegent okazuje preparaty makro- i mikroskopowe).

Dyskusya. Kol. Pisek przytacza opis przypadku z własnej praktyki, gdzie u młodego mężczyzny w parę miesięcy po wystąpieniu wiewióra rozwinęły się objawy posocznicze wraz z objawami zapalenia wsierdzia. Przebieg dalszy był złośliwy i skończył się śmiercią. Kolargol zawiódł, jak i inne środki. Badania bakteryologicznego krwi, jak i anatomiczno-patologicznego nie można było wykonać. Mowca podnosi, że jak już wspomniał prelegent, objawy, któreby świadczyły o swoistości sprawy na wsierdziu, nie istnieją, że więc należy i tu, jak w każdem zapaleniu wsierdzia, przyjąć na podstawie doświadczenia podział na dwie grupy: jedną z przebiegiem łagodnym i następową wadą zastawkową, drugą z przebiegiem złośliwym, objawami posocznicymi. Dane, jakie zawdzięczamy Rombergowi (vide dzieło jego p. t. »Lehrbuch der Krankheiten des Herzens etc.« 1906) jakoby na 21 przypadków złośliwego wsierdzia na tle wiewióra przypadło 9 wyleczeń, mogą, zdaniem mowcy polegać chyba na niedokładnem spostrzeganiu.

Kol. prof. Gluziński przypomina jakie zapatrywania na stosunek zapalenia wsierdzia do wiewióra panowały w latach 1883 i kilku następnych. Sądzono n. p. że gościec stawowy, rozwijający się na tle wiewióra, chroni od wystąpienia sprawy zapalnej na wsierdziu. To też niejako odosobnione było twierdzenie, z jakiem w czasie owym wystąpił mowca w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, że powikłania ze strony serca należą w przebiegu wiewióra do częstszych. Z obcych zwrócili na to uwagę pierwsi Francuzi. Mowca podkreśla, że podobnie, jak w sprawach zapalnych, wywołanych na wsierdziu przez jakiekolwiek inne drobnoustroje (paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc), tak i w sprawach, wywołanych przez dwoinki tryprowe rozróżniamy klinicznie dwie grupy: jedną, odznaczającą się przebiegiem złośliwym, drugą łagodnym. Zmiany wsierdzia mogą niekiedy wystąpić już w pierwszych dniach wiewióra. Mowca przypomina sobie młodego człowieka, słuchacza medycyny w Krakowie, u którego w piątym dniu wiewióra wystąpiła martwica prącia, zapalenie wsierdzia i septyczne zapalenie płuc, — przypadek, zakończony wkrótce zejściem śmiertelnem. Zdaniem mowcy jednak wrzodziejące zapalenie wsierdzia w przebiegu wiewióra, jest w stosunku do jej częstości, rzadkiem. Natomiast częstsze, aniżeliby się przypuszczało, są powikłania ze strony serca przyrody łagodniejszej, powikłania, rozwijające się niejednokrotnie zupełnie niespostrzeżenie, bez podwyższenia ciepłoty, bez jakichkolwiek zwracających uwagę objawów. A mogą one występować zarówno na wsierdziu, jak i na osierdziu. Mowca przypomina sobie wiele podobnych przypadków, gdzie u młodych ludzi w czasie wiewióra stwierdzić było można mniej lub więcej wybitne zapalenie osierdzia, występujące n. p. w jednym z nich przy każdym nawrocie wiewióra. Zapalenie wsierdzia rozwija się niejednokrotnie w dalszym ciągu zapalenia osierdzia, albo też odrazu na pierwszy plan się wysuwa. Serce skłonne jest w danych przypadkach do powikłań zapewne jako *locus minoris resistentiae*, przyczem podnieść należy także usposobienie rodzinne (jak w każdej sprawie zakaźnej). Mowca przypomina doświadczenia na zwierzętach, u których nie możemy zapomocą wstrzykiwania do krwi drobnoustrojów lub toksyn, tak długo wywołać powikłania ze strony serca, dopóki n. p. wsierdzia nie uszkodzimy. W końcu wzywa do baczniejszego badania serca u chorych na wiewióra, gdyż tylko w ten sposób nabierzemy dokładnego pojęcia o częstości omawianego powikłania.

Sekretarz: *Witold Ziembicki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprzedawania „najlepszego kremu" (feinster Ledercrême), holenderskiego środka tajnego, który rozsyłano pod fałszywą deklaracyą do osób prywatnych, a który ma leczyć przepukliny, zabroniło ministerstwo spraw wewn. rozporządzeniem

*) Odpowiednią pożywką jest, jak wiadomo, agar z płynem puchliny brzusznej, lub z surowicą krwi.

z dnia 11. maja b. r. tak samo i sprzedaży w obrębie monarchii angielskiej wody ocznej »The Marvelle Eye Drops«, gdyż zawiera adrenalinę, którą wolno aptekarzom wydawać wyłącznie na przepis lekarza. *E. S.*

Z szpitalnictwa niemieckiego. Umysły lekarzy w Frankfurcie nad Menem zajmuje żywo sprawa obsadzenia prymaryatu po Noordenie, który idzie z jesienią do Wiednia i obejmuje katedrę po Nothnaglu. Noorden był kierownikiem oddziału dla chorób wewnętrznych w miejskim szpitalu frankfurckim. Z tej okazyi opracowała obecnie rada miejska nowe warunki, na jakich mogą kandydaci starać się o opróżniony prymaryat. Chodzi o to, żeby prymaryusza więcej przywiązać do szpitala. Jest rzeczą niesłuszną, że prymaryusze więcej dbają o praktykę prywatną niż szpital, ale w dzisiejszych warunkach zmusza ich do tego śmiesznie mała płaca, jaką otrzymują za pełnienie funkcyj szpitalnych. I dlatego rada frankfurcka przedewszystkiem zabrania w przyszłości prymaryuszom prowadzenia prywatnych klinik, a jako odszkodowanie za to chce im dać pensyę. Większość rady jeszcze się i tem nie zadowalnia: uchwaliła odesłanie wniosku do komisyi, komisya ma się postarać o to, żeby nowy prymaryusz cały oddany był na usługi szpitala, a praktykę prywatną wykonywał w jak najskromniejszym zakresie. Mowcy z łona większości wywodzili, że należy przeszkodzić temu, żeby prymaryusz za często wyjeżdżał na konsylia po za Frankfurt, że nie powinien też mieć stałych godzin ordynacyjnych i że można mu jedynie zezwolić na konsylia z lekarzami frankfurckimi. Za to nie należy oszczędzać, niechby pensya wynosiła i 15.000 marek. Na takie warunki zgodzą się z pewnością i zawołani lekarze. *E. S.*

Ustawa pensyjna dla lekarzy gminnych i obwodowych w Czechach, uchwalona przez sejm czeski, normująca dochody pensyjne dla lekarzy, a pensye wdowie i sieroce dla ich rodzin, uzyskała 17. kwietnia 1906 r. sankcyę cesarską. Co się tyczy lekarzy, których ustawa rzeczona nie uwzględniła, a mianowicie lekarzy, którzy obecnie nie pełnią już więcej czynnej służby, jakoteż co się tyczy wdów i sierót po zmarłych lekarzach gminnych i obwodowych, to sprawą ich obiecały kompetentne czynniki zająć się co prędzej. *E. S.*

IX Kongres niemieckiego towarzystwa dermatologicznego odbędzie się w Bernie Szwajc. i trwać będzie od 12. do 14. września. Ponieważ zapowiedziano wiele demonstracyj, a nadto pożądaną jest jak najobszerniejsza dyskusya, zarzucono obecnie prawie już oficyalny po kongresach zwyczaj — referatów głównych. Wykłady A. Neissera »O obecnym stanie doświadczalnego badania kiły« i E. Hoffmanna »O obecnym stanie naszych wiadomości o etyologii kiły« zajmą się najaktualniejszemi obecnie w danej gałęzi nauk lekarskich sprawami. — Na pytania w sprawie organizacyi kongresu etc. z całą gotowością udziela wszelkich wyjaśnień prof. Jadassohn w Bernie. *E. S.*

IV międzynarodowy kongres dla medycyny ubezpieczeniowej. Program naukowy tego kongresu, który się ma odbyć od 11. do 15 września b. r. w Berlinie, obejmuje następujące przedmioty: 1) wczesne stwierdzenie skłonności do gruźlicy, a do gruźlicy płuc w szczególności, 2) otyłość i jej znaczenie dla ubezpieczenia, 3) wpływ kiły na długość życia, 4) znaczenie szczepienia ospy dla ubezpieczenia. Tyle z działu ubezpieczenia życiowego, zaś z dziedziny ubezpieczenia od wypadków poruszone będą sprawy następujące: 5) wpływ cierpień wewnętrznych na wypadki wogóle, 6) zaostrzenie się cierpień umysłowych w przebiegu wypadków, 7) wpływ urazu wśród utajonych i jawnych schorzeń organicznych rdzenia i mózgu, 8) kryterya pogorszania się nerwic czynnościowych przez wypadki.

Z pytaniami oraz doniesieniami należy się zwracać do jeneralnego sekretarza niemieckiego stowarzyszenia dla nauki o ubezpieczeniu (Deutscher Verein für Versicherungs-Wissenschaft) Dra fil. i pr. Alfreda Manesa, Berlin W. 50. Spicherstr. 22. *E. S.*

Na posiedzeniu najwyższej Rady zdrowia, odbytem w Wiedniu dnia 7 b. m. pod przewodnictwem Vogla omawiano: 1) Uporządkowanie wykazów szczepienia, 2) rewizyę przepisów co do cholery, 3) wprowadzenie dyplomów dla specyalistów, 4) kwestyę państwowej ustawy opieki nad dziećmi. *R.*

W Monachium powstała myśl założenia składkowego zakładu porodowego i dla chorób kobiecych na 100 — 160 łóżek kosztem miliona marek.

Celem zakładu jest przedewszystkiem umieszczenie na poród i połóg kobiet z klasy pracującej, ale będą tam także przyjmowane kobiety zamożne. Członek towarzystwa tego płaci miesięcznie 20 fenigów. Prócz lekarza zakładowego ma prawo leczyć w zakładzie każdy zawczwany lekarz. Dostęp rodziny i znajomych do chorych nie ma mieć żadnych ograniczeń. Położnice i chore będą opuszczać zakład dopiero po uzyskaniu zupełnej zdolności do pracy. Przy zakładzie ma z czasem powstać: »Biuro porady dla matek«. *R.*

X. W. Pixa: »O krzyczącej niedorzeczności i strasznej szkodliwości szczepienia ospy«. Berlin 1906. 2 kor. — Pod tym tytułem pojawiła się broszura, w której autor w sposób zupełnie odpowiadający nagłówkowi, zwalcza ochronne szczepienie ospy. Ponieważ broszura ta ma być rozpowszechnianą, przeto nie możemy pominąć jej milczeniem, jak zwykle w podobnych przypadkach postępujemy; gdyby ona bowiem przy możliwej agitacyi rozeszła się w szerokie warstwy, mogłaby wyrządzić rzeczywiste, bardzo groźne szkody naszemu społeczeństwu. Musimy wydanie takiej książki uważać jako *»partactwo«* bardzo szkodliwe, bo jeszcze osłonięte powagą »stanu« autora. Sądzimy, że Władze Sanitarne znajdą jakiś skuteczny środek, by nie dopuścić do rozpowszechniania się tej ze wszech miar szkodliwej broszury. *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Między 8/VII a 14/VII b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 10 (obcych 3), krztuśca — (2), ospy — (—), płonicy 6 (—), odry 9 (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (—), czerwonki 1 (—), zapalenie opon mózgowordzeniowych 1 (1).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wydział krajowy zamianował w szpitalu św. Łazarza sekundaryuszem I. klasy Dra Michała Leinkrama, sekundaryuszem II. klasy Dra Stanisława Gólskiego.

— Otrzymaliśmy od kol. H. pismo następującej treści: Wyczytawszy w numerze VII sprawozdania izb lekarskich galicyjskich na stronicy 69, punkt 5. zarzut, jaki mi uczynił p. S. wniosłem dnia 24 b. m. podanie do Izby lekarskiej zachodniogalicyjskiej, z prośbą o wytoczenie mi śledztwa dyscyplinarnego.

— Pierwsze biuro porady dla matek otwarte zostało w Krakowie jak donosiliśmy staraniem krakows. instytucyi »Kropli mleka«. Punktem wyjścia tej organizacyi popularnej we Francyi pod nazwą »*Consultations de nourissons*« jest pewnik stwierdzony przez naukę, iż niedostateczna znajomość elementarnych zasad żywienia niemowląt u matek stanowi jedną z najważniejszych przyczyn chorób i śmiertelności w okresie pierwszego dzieciństwa. Staraniem organizacyi jest zatem rozpowszechnianie wiadomości w tym zakresie w najszerszych warstwach ludności, jakoteż zapewnienie racyonalnego kierunku tak naturalnemu jak sztucznemu żywieniu niemowląt. W tym celu biuro udziela każdej niezamożnej matce bezpłatnie wszelkich wskazówek i objaśnień w zakresie higieny wieku niemowlęcego, a w szczególności higieny żywienia; również każdej z tych matek przysługuje prawo regularnego uczęszczania do biura dla poddania dziecka systematycznemu ważeniu i kontroli lekarskiej.

Biuro pomieszczone w Rynku głównym, Pałac spiski, parter otwarte jest codziennie od 12—1 w południe. Obowiązki lekarza pełnić będzie Dr Tadeusz Żeleński.

— Habera, restauratora, uprawiającego zawodowo partactwo lekarskie skazał sąd na 3 miesiące więzienia.

— W sprawie Mayównej, zmarłej w szpitalu św. Łazarza z powodu krwotoku następowego po operacyi wola, skazał sąd Dra Czajkowskiego, który wezwany jako lekarz dyżurny nie pospieszył z pomocą do chorej, na 100 koron grzywny.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wsch.-gal. zajmował się na posiedzeniu w d. 12 lipca następującemi sprawami: 1) Uchwalono przystąpić w charakterze członka do świeżo powstałego austryackiego Towarzystwa dla zwalczania partactwa lekarskiego. 2) Podjęto się pośrednictwa między Wydziałem krajowym a jednym byłym lekarzem okręgowym. 3) Poczyniono na nowo kroki przeciw partaczowi Rostowi ze Stanisławowa. 4) Omawiano sprawę układu z Towarzystwem ubezpieczeń od wypadku. 5) Wydano na życzenie sądów i lekarzy opinię w 3-ech sprawach co do spornej wysokości honoraryum lekarskiego. 6) Załatwiono dwie sprawy honorowe i kilka drobniejszych spraw bieżących.

Warszawa. Sekcya chirurgiczna, istniejąca przy warszawskiem Towarzystwie lekarskiem wybrała »Gazetę lekarską« za swój organ.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza tematy do nagród konkursowych im. Koczorowskiego: 1) Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni. 2) Bakteryologia krwawej biegunki. 3) Porównawcze określenie żelaza, hemoglobiny i liczby krążków czerwonych we krwi, przy blednicy i niedokrewności. 4) Badania nad swoistością Spirochaete pallide (Schaudin-Hoffmann). 5) Zmiany w nadnerczu przy arteriosclerosis. 6) Patogeneza t. zw. mycosis laryngis. 7) Fermenty mleka i znaczenie ich dla sprawy żywienia niemowląt. Termin nadesłania prac do 31. marca 1907.

— Medycyna donosi, że Rada miejska dobroczynności publicznej rozesłała do wszystkich lekarzy naczelnych szpitali w Warszawie okólnik Naczelnika kraju do wszystkich gubernatorów Królestwa Polskiego treści następującej: »Wobec tego, że ustawa szpitali cywilnych w Królestwie Polskiem z r. 1842, dozwalająca ordynatorom szpitali prowadzić karty szpitalne w języku polskim, nie była w drodze prawodawczej zmieniona, karty szpitalne i nadal mogą być prowadzone w języku polskim«.

Z różnych stron. Prof. Hlava został wybrany rektorem w Pradze.

— Z końcem półrocza letniego ustępują na wydziale lekarskim wiedeńskim profesorowie: Benedikt, Pollitzer, Stoffela i Winternitz.

— Austryacki minister oświaty wydał wraz z ministrem handlu okólnik do wszystkich rektoratów uniwersyteckich, w którym wyraża nadzieję, że kierownicy zakładów uniwersyteckich zaopatrywać się będą w przyszłości w narzędzia chirurgiczne i przybory optyczne u firm w kraju.

Mianowani: Doc. Piffl z Pragi profesorem otyatryi. Prof. Minokow w Moskwie profesorem zwyczajnym medycyny są owej.

Powołani: Prof. His z Bazylei na katedrę medycyny wewn. do Getyngi w miejsce prof. Ebsteina.

Zmarli: W Nowym Sączu emerytowany lekarz miejski dr Józef Richter. W Warszawie dr Józef Kotarski W Płocku lekarz pow., wiceprezes Tow. lek. i sekretarz Tow. hig., dr Kamil Berer. W Bonn profesor dentystyki Witzel.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 29. Monsiorski: Krwistek zamaciczny niezropiały, do pochwy pęknięty. Łapiński: (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr 27. Serkowski i Maybaum: Materyały do etyologii i statystyki raka. Gabszewicz: (dok.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 29. Bohosiewicz i Herman: W sprawie całkowitego wypiłowania szczęki górnej z powodu nowotworów złośliwych. Reis: (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr 13. Hornowski: Omyłki dyagnostyczne. Sędziak: (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr 7. B. Wicherkiewicz: Dalsze doświadczenia z pyoktaniną w lecznictwie okulistycznem. Bartoszewicz: Wyniki badania higienicznego wody studzien na stacyi Praga-Nadwiślańska w 1905 r. i zastosowanie sposobu Marbotina.

— *Kronika dentystyczna* Nr 1. Krakowski: O plombach porcelanowych.

— *Przegląd zdrojowy* Nr 8. Pelczar: Truskawiec. Skórczewski: Historya Krynicy.

— *Časopis lékařův českých* Nr 29. Streit: O sekundární stenose kličky střevní po inkarcerované hernii. Babor: (dok.).

— *Liječnički Vijestnik* Nr 7. Žirovčić: Padavičar usmrtio dijete. Matković: Pomor na očnim odjelima. Bošnjaković: Voda zagrebačkog vodovoda 1898—1906.

— *Russkij Wracz* Nr 26. Bierestniew: Epidemia dżumy na stepach kirgizkich w latach 1905 i 1906. Finkelstein: Przyczynek do sprawy wycinania rakowych owrzodzeń żołądka i kiszek. Gabryłowicz: Leczenie gruźlicy tuberkuliną. Piechow i Askimowa: Wypadek wielokrotnej ciąży o 5 płodach. Moskalew: Eksperymentalne badanie wypadku kazuistycznego, czy było usiłowane zabójstwo, czy też samobójstwo.

— *Semaine médicale* Nr 29. Koïké: Działanie służby zdrowia armii japońskiej podczas wojny rosyjsko-japońskiej w r. 1904—1905.

— *Presse médicale* Nr 56. Jeanselme: Organizacye lekarskie i choroby Syamu. Guiser: O wydobywaniu ciał obcych z oskrzeli przy pomocy bronchoskopii. Daremberg i Perroy: Indykan i skatol w moczu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 29. Reis: Nauka o odporności a okulistyka. Müller i Oppenheim: Doniesienie tymczasowe o wykazaniu w surowicy chorego na typowe zapalenie stawów ciał bakteryobójczych. Ottolenghi: O przechowywaniu surowic antytoksycznych. Glaessner: Cukrówka a zapalenie płuc. Engel i Plaut: O tłuszczu w mleku kobiet karmiących, żywionych specyalnymi tłuszczami. Gioseffi: Przyczynek do złośliwej zimnicy w południowej Istryi.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 29. Martin: Leczenie gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową. Hirsch: Wpływ kąpieli w czterech komorach na ciśnienie krwi. Rosenfeld: Tłuszcz a węglowodany. Blume: Przyczynek do szybkiego rozpoznania gruźlicy przy pomocy „bakteryoskopii“. Kümmel: (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 29. Müller i Jochmann: O prostym sposobie wykazania zaczynów proteolitycznych. Jehle: Znaczenie zakażenia kopalni na powstanie epidemii zapalenia opon rdzeniowych. Rolly: Zakażenie ogólne u dorosłego prątkiem ropy błękitnej. Spielmayer: Porażenie połowicze bez naruszenia dróg piramidowych. Rumpf: Rokowanie przy gruźlicy płuc. Rothfuchs: O zamachach samobójczych. Grube: Użycie przekrwienia według Biera przy niektórych schorzeniach przy cukrówce. Raab: Leczenie elektrycznością chorób układu krążenia. Viereckl: Barwienie według Romanowskiego z odmianą Maya. Schmidt: Przypadek martwej kostki na łąkotce śródstawowej w kolanie. Hofmann: Uproszczone postępowanie przy ekstenzyi. Riel: Przyczynek do leczenia zastoiną według Biera. Magnus: (dok.). Thorel: Jak ochraniać siebie i służbę przy sekcyach?

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 29. Schatz: Leczenie zboczeń w położeniu macicy. Peters: Zapalenie tkanki zewnątrzoponowej rdzenia przy zapaleniu opon. Jacobsohn: O urazowo-chirurgicznych porażeniach nerwu twarzowego. Onodi: Wycięcie przegrody nosowej przy pierwotnej gruźlicy. Weinrich: O ciałach obcych w pęcherzu i cewce. Plaut: O „missed labour“. Riebold: (c. d.). Saalfeld: Leczenie chorób skórnych drożdżami. Engel: O ciałkach czerwonych jądrzastych i ich rozwoju.

Redakcya otrzymała: Dr Żeleński: Biura porady dla matek. — Tenże: Instytucye „Kropli mleka“ a „Porady dla matek“. — 29-te sprawozdanie Komitetu Towarzystwa szpitala dla ubogich dzieci pod nazwą św. Zofii we Lwowie za rok 1905. — Wiczkowski, Selzer i Gittelmacher-Wilenko: Próba zastosowania reakcyi biochemicznych do klinicznych badań. — Damański: Kilka słów o zastosowaniu wody iwonickiej w pewnych postaciach miażdżycy tętnic.

Redaktor odpowiedzialny:
Doc. Dr Stanisław Dobrowolski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena, kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Damański Emanuel**.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).

Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.

lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „pod Kosynierem").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.

Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet**.

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).

Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, („pod Attyla").
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś"), ordynuje od 26 lat.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), zimą w **Meranie**.

Truskawiec.

Dr **G. Gittelmacher – Wilenko**.
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła (Zakład wodoleczniczy).

Dr **Zanietowski Józef**.

Zakopane.

Dr **Lewkowicz Ksawery**, Doc. Uniw. Jag., ord. w chorobach dzieci od 1 lipca do 15 października (ul. Sienkiewicza 15).

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg").
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris").

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" VI.).

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **Kostecki B.**, (Haus „Weisser Hase") zimą w **Abacyi**.

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).

Dr **Weissenberg**, ord. jak corocz. w jęz. pol. (zimą w **Nervi**)

Marienbad.

Dr **Eichhorn Ferdynand**, („Dom Lissa").
Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz").

Nauheim.

Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski").
Dr **Łowiński**.

Oeynhausen (Westfalia).

Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.